

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

### RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

### *LA RELACIÓN TERAPEUTICA Y LA COTERAPIA COMO ELEMENTOS EN LA FORMACIÓN DEL SISTEMA TERAPEUTICO.*

TESIS  
QUE PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA:**  
**RAÚL REDUCINDO VÁZQUEZ**

**DIRECTOR: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ,**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**REVISOR: MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CÓMITE:**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**  
**MTRA. NORA RENTERÍA COBOS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**  
**MTRA. PIEDAD ALADRO LUBEL, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.**



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.

## RESUMEN

El reporte de experiencia profesional tiene como principal objetivo presentar los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas a lo largo de la formación en el programa de maestría en Terapia Familiar Sistémica. El contenido del trabajo se encuentra dividido en capítulos que incluyen los fundamentos teóricos de la terapia familiar, la descripción y análisis teórico-metodológico de dos casos clínicos, se incluyeron los resúmenes de tres investigaciones realizadas con metodología cuantitativa y cualitativa, el reporte de actividades de difusión e intervención comunitaria y las consideraciones éticas que implica la práctica profesional. Por otro lado, en base al perfil de egreso del programa de formación, se presenta un resumen de las habilidades y competencias profesionales desarrolladas, los resultados obtenidos en el trabajo terapéutico y las implicaciones en la persona del terapeuta. Se abordó como análisis temático la importancia de la relación terapéutica y la coterapia como elementos importantes en la formación del sistema terapéutico, con resultados satisfactorios para los consultantes y terapeutas.

Palabras clave: relación terapéutica, coterapia y terapia familiar.

### *Agradecimientos*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por seguir aportando en mi formación profesional.*

*A mi esposa Araceli Gómez Ruiz por su apoyo, cariño y comprensión.*

*A nuestra querida hija Zoé Valentina por brindarnos tantas alegrías y enseñanzas.*

*A mis padres a Raúl y María Luisa por haberme dado el mejor regalo: la vida y educación.*

*A mis hermanas Rosario, Amelia y Gabriela por haber enriquecido mi vida creciendo juntos.*

*A mis sobrinos Martín y Santiago por ser parte de mis alegrías.*

*A Juanita, Pamela y Mauricio por ser parte de mi familia*

*A "Doña Amelia" por ser una guerrera incansable hasta el final.*

*A mis maestros (as) durante la formación por haber compartido su experiencia y conocimientos durante el camino. Y también a los maestros (as) que estuvieron ausentes pero presentes en los libros o en sus escritos. En especial al Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez por haber sido guía y apoyo durante este camino.*

*A mis compañeros de formación Oscar, Jessica, Giovaní, Nina Mariana, Joan, Mariana, Abraham, Lucelena, Gabriela y Laura por haber vivido esta experiencia juntos.*

*A todos los y las consultantes que me permitieron ser un invitado en sus vidas y con los cuales también aprendí a ser mejor persona.*

*A CONACYT por apoyarme económicamente durante la realización de esta maestría.*

*A todos (as) los que contribuyeron a que pudiera terminar esta meta en mi vida.*

*Índice*

*Capítulo I. antecedentes y contexto de la terapia familiar.....8*

**1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.....8**

1.1 Características del campo psicosocial.....8

1.2. Principales problemas que presentan las familias.....11

1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....26

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

2.1. Descripción de los escenarios.....31

2.2. Análisis sistémico de los escenarios.....47

2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....54

*Capítulo II. Marco teórico.*

**1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....66**

1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....66

Teoría general de los sistemas.....66

Cibernética.....69

Gregory Bateson y la terapia familiar.....71

Teoría de la comunicación humana.....73

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

---

Modernidad y posmodernidad.....	75
Constructivismo.....	77
Construccionismo Social.....	78
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	80
Modelo Estructural.....	80
Modelo Estratégico.....	87
Modelo de terapia breve enfocada a los problemas MRI.....	94
Modelo de terapia breve enfocado a las soluciones.....	103
Modelo de Milán.....	110
El enfoque narrativo.....	116
El equipo de reflexión.....	120
El enfoque colaborativo.....	121

*Capítulo III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales*

<b>1. Habilidades clínicas terapéuticas.....</b>	<b>125</b>
1.1. Análisis y discusión de la relación terapéutica y coterapia.....	126
1.2. Caso clínico 1: terapeuta de relevo.....	133
1.3. Caso clínico 2: Familia Ramírez Jiménez.....	160
1.4. Análisis del Sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	172
<b>2. Habilidades de investigación.....</b>	<b>177</b>

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

---

2.1. Investigación cuantitativa: <i>Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)</i> .....	178
2.2. Investigación cuantitativa: Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF).....	187
2.3. Investigación cualitativa: El papel de la familia en la reinserción social de delincuentes.....	210
<b>3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; atención y Prevención comunitaria</b> .....	<b>236</b>
3.1. Productos tecnológicos.....	236
3.2. Programa de Intervención comunitaria.....	239
3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.....	243
4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	246

#### *CAPITULO IV. Consideraciones finales.*

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	252
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	254
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	256
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	257
<i>Referencias</i> .....	260
<i>Anexos</i> .....	268

## *Introducción*

Actualmente, las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas, lo cual está relacionado con la evolución demográfica y con las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad. El desarrollo del sector de los servicios, el avance tecnológico, la urbanización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado, han llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias.

En México la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles, frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales. Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se incrementan aceleradamente.

Estas transformaciones se manifiestan, hasta cierto punto, en la estructura y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales. Frente a las problemáticas que presentan las familias mexicanas el enfoque sistémico brinda herramientas clínicas al Terapeuta Familiar permitiéndole ampliar las fortalezas con las que cuentan las familias y potencializarlas en pro de su beneficio.

En este sentido el programa de Posgrado en Psicología de la UNAM, busca responder a las necesidades de formación profesional y de investigación en el área de Psicología, los programas de Maestría que contiene buscan la especialización teórica y con gran énfasis en la práctica profesional de cada residencia. De esta manera la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se ha consolidado como el programa más completo para la formación de terapeutas de este enfoque. El programa tiene una duración de dos años, 145 créditos, aproximadamente ochocientas horas de prácticas clínicas supervisadas y cuenta con el reconocimiento dentro del padrón de Excelencia del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT).

El presente reporte sintetiza el aprendizaje adquirido durante los dos años de formación. En el primer capítulo se realiza un análisis del campo psicosocial de nuestro país, mismo que incide en la vida cotidiana de los consultantes y de los terapeutas, así como los principales problemas que



afectan a las familias mexicanas, asimismo se describen las modalidades de trabajo de la residencia y de los escenarios en que tuvieron lugar las prácticas clínicas.

El segundo capítulo es el marco teórico -epistemológico que sustenta el enfoque sistémico y posmoderno: antecedentes históricos, La Teoría General de los Sistemas, Teoría de la Comunicación Humana, Cibernética de primer y segundo orden, Constructivismo y Construccinismo Social. Se describen los modelos de intervención revisados en la Maestría: estructural, Estratégico, Terapia Breve centrada en problemas y en Soluciones, Escuela de Milán y los modelos posmodernos: terapia Narrativa, Equipo Reflexivo y el Modelo Colaborativo.

En el tercer capítulo se hace un recorrido por las competencias profesionales adquiridas, en cuanto a las habilidades clínicas y terapéuticas, se presentan y analizan dos casos que se trabajaron durante la formación con las temáticas de la *relación terapéutica y coterapia* como elementos importantes en la formación del *sistema terapéutico*. Las habilidades de investigación incluyen la síntesis de tres investigaciones abordadas, dos desde el enfoque cuantitativo y otra realizada con metodología cualitativa. En cuanto a las habilidades de docencia e intervención comunitaria, se incluyen dos productos tecnológicos realizados durante la formación, el reporte de asistencia y presentación de trabajos en foros académicos y el resumen del programa de intervención comunitaria realizada, así como consideraciones éticas como terapeuta familiar que surgieron durante la práctica y formación. En el cuarto capítulo se tratan consideraciones finales del proceso de formación como terapeuta familiar sistémico y posmoderno.

## *I. Antecedentes y contexto de la terapia familiar*

*"...no hay nada fuera de la relación. Es uno de los prejuicios que nosotros como terapeutas, como enseñantes, buscamos vender a los alumnos. Los seres humanos existen solo en relación a alguien. Si no hay relación esta persona no existe. Es un prejuicio muy útil, cada vez que vemos una persona decimos: ¿quién es quién hace que esta persona esté viva? ¿Quién es quién lo ve? Y hay siempre alguno..."*

*Cecchin*

### **1.1 Análisis del campo psicosocial**

En la familia es donde el individuo comienza su vida, sus primeras experiencias y sus primeras relaciones, que al mismo tiempo están conectadas a una sociedad. De ahí que en ella se construya la identidad individual y social de las personas, aspectos importantes para la organización social y para la psicología de los individuos. Por ello, la familia ha sido y continúa siendo objeto de análisis desde diferentes disciplinas (sociología, antropología, economía, psicología, entre otras), además de existir una enorme cantidad de aspectos relevantes que la constituyen y que están presentes en su constante transformación.

Los distintos conceptos que de "la familia" se han elaborado han sido fuente de controversia y de redefinición, viéndose influidos por las características sociales predominantes en cada momento histórico. Así, la conceptualización de la familia es una labor compleja y difícil, máxime si consideramos las variaciones históricas y culturales en formas y funciones, diferencias existentes incluso en grupos y colectivos de una misma cultura.

No obstante, y a pesar de estas dificultades, a continuación nos aproximaremos al significado de la misma, considerando de utilidad el empezar a definirla como "un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve esta" (Espejel y cols., 1997).

Por su parte, Lévi-Strauss (1949), atribuye a la familia como grupo social, tres características generales:

a) Tiene origen en el matrimonio.

b) Está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, siendo posible que otros parientes vivan con este grupo nuclear.

c) Sus miembros están unidos por lazos legales, por derechos y obligaciones de tipo económico, religioso u otros, por una red de derechos y prohibiciones sexuales y por vínculos psicológicos emocionales como el amor, el afecto, el respeto y el temor.

En general en la unidad familiar hay tres manifestaciones presentes (Leñero, 1994):

- ❖ El fenómeno vincular de la sangre, que da lugar al parentesco entre personas descendientes de un progenitor común, y en particular a la existencia de las relaciones entre padres e hijos, y a la parentela en general.
- ❖ El fenómeno de afinidad, manifestado principalmente a partir del impulso sexual y afectivo; el cual implica de una manera u otra, la búsqueda de la pareja marital, pero también la vinculación entre las familias de los dos miembros de la pareja o de los asimilados en el espacio familiar.
- ❖ La unidad habitacional que constituye el espacio residencial en el que vive cotidianamente cada unidad doméstica, durante lapsos más o menos permanentes.

Dada la importancia primordial que poseen las instituciones familiares dentro de las sociedades humanas, por más diferencias que presenten sus manifestaciones concretas, todo individuo vive, a lo largo de su existencia, inmerso en una red de relaciones y actividades conectadas de una forma u otra con lazos familiares. La familia, tanto desde el punto de vista biológico de la reproducción de la especie, como desde el ángulo social de la transmisión de la cultura, constituye el eje central sobre el que gira el ciclo vital, de acuerdo con el cual transcurre nuestra existencia como individuos y asegura la continuidad de la sociedad de generación en generación.

Históricamente, la organización familiar se ha distinguido por su gran diversidad. El alcance de esas formas familiares en el pasado es relativamente desconocido debido a lo limitado de los datos disponibles. Según Pastor Ramos (1988), el único cambio histórico que está científicamente documentado es el ocurrido entre el siglo XIX y mediados del XX; es decir, el que se operó en la familia por influjo de los procesos de industrialización y urbanización de la sociedad, los cuales vienen determinados por variables culturales, económicas, tecnológicas, laborales, urbanísticas y sociales.

De los censos que ahora disponemos se observa, que ha habido en los últimos años un cambio en la demografía y también en la estructura de los hogares. Todo ello se inscribe en un núcleo de factores de transformación social que han afectado la familia con diferente intensidad: homogeneización cultural, productividad económica, movilidad geográfica, trabajo ajeno a la institución familiar y trabajo femenino extra doméstico (Pastor, 1988).

Los cambios demográficos incluyen el cambio en las variables familiares de edad, longevidad, fertilidad y composición del hogar, pero también algunos nuevos factores. Estructuralmente, ha habido un incremento de los hogares lo cual representa variantes en relación a las definiciones clásicas de la familia: hogares de un solo individuo, parejas que viven juntas pero no casadas, hogares de un solo padre, parejas gay, familias reconstituidas con niños de otras uniones de uno o más de los adultos miembros, etc. La cuestión clave es que esas formas familiares -para algunos colectivos, son formas desviantes- constituyen, globalmente, más del 50% de las formas familiares registradas en áreas metropolitanas tales como París, San Francisco o Nueva York, lo cual es reflejo de la disminución de la natalidad en los países occidentales en la última década y cuyo origen podría situarse en los bruscos cambios de valores y estilos de vida que están teniendo lugar en todos los países occidentales. En general, en todos los países se detecta una disminución en las proporciones de hogares que representan el modelo de familia nuclear clásica de padre, madre y al menos un niño.

La combinación de los fenómenos culturales y demográficos puede ser conjuntamente considerada como un elemento modificador del proceso de formación de la familia, en el más amplio sentido del término, ya que, además de la decisión de las parejas de compartir su presente y futuro hogar con uno o varios niños, los individuos deciden conjuntamente casarse o cohabitar y continuar o romper el patrón de coresidencia que tales uniones implican (Burch y Mathews, 1987).

En la base de todas las transformaciones aludidas, subyace un nuevo modelo social con un predominio de nuevos valores, que se traducen en nuevos comportamientos que contrastan con los anteriores. Estos nuevos valores se han asumido dentro del ámbito familiar y se reflejan mediante la adopción de unos hábitos diferentes. Entre ellos, merecen ser destacados “el auge”, más o menos amplio, de la cohabitación, que sucede al ideal de matrimonio como estado óptimo; la exaltación de la pareja, que sustituye al reinado de los hijos; el uso voluntario y absolutamente racional de la concepción, en la que ya no caben los embarazos no deseados y la pluralidad de modelos y estilos familiares que relativizan el tipo previo dominante (Del Campo, 1991)

Además del cuadro demográfico básico del hogar familiar hay una diversidad de estructuras que se reflejan en los roles asumidos por los miembros de la familia. Si observamos la participación

laboral, comprobaremos una tendencia creciente en los últimos años en la proporción de mujeres casadas en la fuerza laboral. En México se incrementó la proporción de mujeres económicamente activas de un 19.6% a un 29.9% del año 1990 al 2000 (INEGI, 2002). De esta manera se propicia una categoría de hogar con dos proveedores económicos (Escartí, Musitu y Gracia, 1988).

En el momento actual nos encontramos en una fase en la que los modelos familiares propios de la sociedad industrial siguen estando vigentes, pero en la que, al mismo tiempo, están emergiendo nuevas formas familiares y de convivencia, impensables en otra época, cada una de las cuales posee su propia lógica interna de adaptación al sistema social (Del Campo, 1991).

En condiciones de pobreza, se puede dificultar la transición en los procesos de vida de las personas, y dado que los individuos son miembros de la unidad básica de la sociedad llamada familia, esta también se ve afectada por las condiciones económicas y de marginación, que nuevamente en un proceso circular afecta a las personas que la conforman.

Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes de trabajo, discriminación, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia familiar y a la mujer, etc. Asimismo Pakman (1997), menciona que en condiciones de pobreza frecuentemente se encuentran asociados problemas de violencia cotidiana (maltrato físico, sexual, explotación criminal de menores y mujeres) o de política (discriminación, violación de derechos civiles y humanos, etc.).

Dadas las condiciones demográficas, sociales y económicas actuales que afectan directamente a la familia, surge una problemática al interior de esta unidad que provoca su fractura o algún riesgo de salud en los individuos que la conforman.

Aun cuando estos problemas han sido abordados por profesionales de la Psicología ya sea en instituciones públicas o privadas, el constante aumento en problemas de salud y por ende el incremento de las necesidades de las personas, provocan que los recursos con los que se cuenta en el país se ven rebasados para cubrir la gran demanda de los servicios clínicos, que según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2010), es del 33.8% de la población del país.

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

Para hablar de los principales problemas que afectan a la población del país, se hace referencia a la información recogida por el INEGI y otras encuestas realizadas por diversas instituciones a nivel

nacional, por ello no se abarca toda la problemática que las personas o familias pueden presentar; sin embargo se hace mención de aquellas que según el INEGI (2010) presentan un alto índice de ocurrencia.

De acuerdo con el INEGI, en la actualidad uno de los problemas de salud más importantes es el consumo de drogas; en el país se estima que 2% de los residentes urbanos de 18 a 65 años presenta problemas por el uso de drogas; para ambos sexos, según esta misma fuente, los problemas psicológicos ocupan el primer lugar de importancia para las personas que consumen algún tipo de sustancia.

Los resultados de la ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008) indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres se incrementó de 8 a 8.8%.

La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

La encuesta evaluó el consumo en el entorno de los individuos que participaron en la muestra. Se encontró que una proporción importante notificó problemas de consumo de alcohol en el padre (22%), y de consumo de drogas en el mejor amigo (12.9%) y en algún miembro de la familia (6.5%); 2 de cada 100 notificaron sobre un problema de consumo de alcohol en la madre.

El consumo en la familia y en el entorno inmediato, particularmente de alcohol, dada su frecuencia, constituye un factor de riesgo importante, para la oportunidad de usar y para el uso de alcohol. En este sentido la ENA (2008) propone que es importante que los programas de prevención incluyan a la familia y que se refuercen los programas encaminados a lograr que las personas con problemas en el consumo de alcohol se acerquen a tratamiento.

Los problemas sociales en los que el consumidor de drogas se ve envuelto, afectan su vida y la de quienes lo rodean; los problemas derivados del uso de drogas hacen referencia al contexto de las relaciones personales e institucionales donde se desenvuelve. La ENA (2008), menciona que las dificultades sociales en las que se observan las tasas más altas en el país, son las discusiones con amigos y familiares, seguidas por problemas con la familia, amigos, escuela y trabajo.

De acuerdo a la ENA (2008), las características de integración familiar pueden actuar como factores de protección o de riesgo ante el consumo de drogas; por ejemplo se observa que en el caso de las mujeres en condiciones de divorcio o separación es más alta la proporción de usuarias de drogas. De igual forma, el divorcio en sí mismo es un problema que se va incrementando y que disuelve el sistema familiar, en 2009 la cifra se ubicó en 84 mil 302, en 2010 fueron 86 mil 42 y actualmente la población divorciada en México asciende a 91 285 mil personas (INEGI, 2010).

Según Salles (2001), existe un debilitamiento de la unión única de la pareja. En el caso de las uniones legalmente realizadas, el divorcio refleja una nueva percepción de la vida de la pareja y una distinta práctica en la constitución de la misma, que incide en la perdurabilidad de la primera unión, acortándola y abriendo paso para otras uniones, sintetizadas en el concepto de “familias reconstituidas”.

Asimismo, en la sociedad actual un tema que cobra mayor relevancia al hacerse más visible y que es motivo de una gran preocupación social, es el de la violencia. En el caso de la violencia contra las mujeres, menciona el INEGI (2010), diversos estudios han demostrado que este tipo de violencia no distingue grupos socioeconómicos, edad o niveles educativos. La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún, su presencia se manifiesta en lugares tan privados como el seno de la familia.

De acuerdo con la misma fuente, uno de los aspectos más preocupantes de la violencia sobre las mujeres, es que se ejerce en los hogares y proviene de la pareja conyugal. Los hombres agreden con mayor frecuencia a las mujeres con golpes, amenazas o de forma verbal; además practican el encierro doméstico, las prohibiciones y el ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso a las amenazas de muerte y al homicidio en casos extremos.

En México en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), reporta que 46.1% del total de mujeres de 15 años o más, sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal. El 42.4% de las mujeres de 15 años o más, declaró haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su relación actual o de su última relación que afectan su salud mental y psicológica; 24.5% recibió algún tipo

de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta. El 13.5% de estas mujeres de 15 años o más, confesó haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales. Las mujeres de 15 años o más, víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas, representan el 7.3%; ellas declararon haber sufrido diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

Con respecto al maltrato infantil se reconoce que en la mayoría de las ocasiones se presenta dentro del contexto familiar. Este tipo de maltrato se refiere a la violencia física, sexual y psicológica que tiene lugar en la familia y que se puede manifestar como malos tratos, abuso sexual y otras prácticas dañinas al individuo (INEGI, 2010). En nuestro país, la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (incorporada al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia) señala que en 2009 se recibieron 48 mil 591 denuncias por maltrato infantil y se atendieron a 41 mil 437 menores. Se tiene evidencia estadística de que la violencia sobre los hijos es más frecuente en los casos donde la mujer sufre violencia por parte de su pareja (INEGI, 2005). Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011), el 44.3% de los niños formaban parte de un hogar, en donde una mujer había sido objeto de algún tipo de violencia por parte de su pareja.

De acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres (2013), el tipo de maltrato que se ejerce en contra de los menores está determinado por algunos factores familiares:

En el caso de los niños:

- ❖ El maltrato físico severo es más alto entre niños varones que viven con otros familiares, y en donde no hay presencia de padre ni de madre (22.3% y 30.9%),
- ❖ El maltrato emocional es más común en hogares donde hay mamá y padrastro (61.6%)
- ❖ El maltrato por negligencia y abandono es más frecuente en los hogares donde vive el papá y la madrastra (22.4%)
- ❖ El abuso sexual tiene una prevalencia más elevada en los hogares de papá y madrastra (7.1%)

En el caso de las niñas es:

- ❖ El maltrato físico severo presenta prevalencia más alta en las niñas que viven con otros familiares (25 % y 20%)



- ❖ El maltrato emocional por negligencia y el abuso sexual son más frecuentes en hogares donde viven mamá y padrastro (66.3%, 10.6% y 15.3% respectivamente)

La violencia Familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos, y una baja autoestima de la persona dañada; además repercute en otros ámbitos de la sociedad como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o en el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido.

La preocupación nacional e internacional por la problemática señalada, refleja implicaciones sociales y políticas, que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés político, lo que ha conducido a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación).

Otro problema de salud es el suicidio, que se refiere a una forma de muerte resultado de una decisión individual que, si bien puede parecer incomprensible, obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales. Por otro lado, los intentos de suicidio se refieren a aquellos actos que atentan contra la propia existencia pero que no se consuman (INEGI, 2010).

Refiere la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 10% de las personas que intentan suicidarse terminan por quitarse la vida. Dentro de los datos mostrados por el INEGI (2010), se observa que los hombres (4,091) están en mayor riesgo de morir por suicidio en comparación con las mujeres (921), de acuerdo a la encuesta la mayoría utilizó como principal medio para realizarlo el estrangulamiento o ahorcamiento. En contraste, el número de los intentos de suicidio fallidos de mujeres es mayor que el de los hombres.

En México durante el año 2005, ocurrieron 227 intentos de suicidio, 108 hombres y 119 mujeres, como principal causa para intentarlo fue el disgusto familiar con 71 casos, la segunda causa amorosa, con 36 casos y en tercer lugar la enfermedad mental con 15 casos.

En el caso del suicidio, determinar las causas o causa que llevan a una persona a quitarse la vida es todavía más complicada ya que, a diferencia de los intentos de suicidio, no se tiene la oportunidad de poder indagar los motivos que impulsan al individuo a atentar contra su vida. Por tal motivo, en el 57.9% de los casos en que se dispone de esta información, ésta no es totalmente confiable, ya que generalmente proviene de una nota que deja el suicida o de declaraciones que se han obtenido de familiares o allegados.

El INEGI (2010) muestra en prácticamente todos los casos con causa determinada, que se observa un patrón similar en la distribución de la causa de los suicidios de hombres y mujeres; sin embargo hay un peso ligeramente superior en la causa de disgusto familiar y razones amorosas en el caso de las mujeres; esto quiere decir que, según la información del instituto, la principal causa del suicidio es el disgusto familiar. La información recientemente descrita destaca las diversas problemáticas a nivel nacional.

Por otro lado durante el último cuarto de siglo, México ha estado inmerso en un dinámico proceso de transición epidemiológica que se caracteriza por la disminución en las tasas de mortalidad, el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de fecundidad y el aumento de las enfermedades crónicas. En ese mismo contexto, se han generado iniciativas tendentes a incrementar la utilización de los servicios de salud, tanto desde el sector salud como desde el sector desarrollo social. En particular, es necesario tener presente la relevancia de los programas sociales que incentivan la utilización de servicios de salud y que actualmente cubren a más de 20% de la población del país, así como el importante cambio en protección en salud que ha representado la implementación y expansión del Sistema de Protección Social en Salud, a través de sus brazos operativos: el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación (ENSANUT, 2012).

En México, durante la última década, la salud de la población y de los individuos se ha considerado como un asunto prioritario del Estado. El sistema de salud aún enfrenta retos importantes en lo que se refiere a la rectoría, organización, planeación, prestación de servicios de salud, seguimiento y evaluación. Para responder a estos retos se han puesto en marcha diferentes políticas públicas y programas. Entre éstas destaca la política para universalizar el derecho a la protección de la salud y con esto contribuir con el mandato del artículo 4º de la Constitución. Una de las prerrogativas para cumplir con el derecho a la protección de la salud es la accesibilidad que se tenga a los servicios de salud. En este sentido, es muy importante vigilar el acceso que tienen los mexicanos a dichos servicios. En términos prácticos, cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos (condición de aseguramiento) de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Sedena o Semar) o los servicios médicos privados, no se le está reconociendo el derecho fundamental a la salud de forma adecuada.

Para medir el avance de la política social en salud es muy importante evaluar la evolución de la cobertura de servicios de salud a la población en general y, en especial, a la población de zonas altamente marginadas, y así evaluar el progreso para hacer efectivo el acceso universal a los

servicios de salud. Igualmente de este análisis se derivan acciones y recomendaciones para evaluar y reforzar las políticas públicas encaminadas a mejorar la accesibilidad a este tipo de servicios.

De acuerdo con las cifras reportadas por las instituciones de salud, en México se ha alcanzado la cobertura de protección en salud para prácticamente toda la población del país. De los 115 millones de mexicanos, el Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular y que incluye asimismo al Seguro Médico para una Nueva Generación), reportaba 51.1 millones de afiliados, a los que se suman los 43.4 millones que reportó el IMSS como derechohabientes adscritos a Unidades de Medicina Familiar, 8.3 millones cubiertos por el ISSSTE, 1.2 millones entre Sedena y Semar y 0.8 millones en Pemex. De acuerdo con estas cifras y considerando a los que reportan un seguro privado, habría únicamente alrededor de 9 millones de mexicanos (cerca de 8%) sin protección en salud (ENSANUT, 2012).

Según esta misma encuesta (ENSANUT, 2012) la principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.5% de las causas. Cabe notar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 11.5% de las causas de consulta. Al analizar los principales motivos de consulta por grupos de edad, para el grupo de 0 a 19 años éstos son las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguidos de las enfermedades y síntomas gastrointestinales. Para el grupo de 20 a 49 años los principales motivos son enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguido de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad. Para el grupo de 50 o más años los principales motivos son diabetes y enfermedades cardiovasculares, seguido de enfermedades y síntomas respiratorios agudos.

La calidad del servicio es percibida como muy buena o buena por 84.8% de los usuarios de servicios ambulatorios curativos, esta proporción fue ligeramente superior a la reportada en la ENSANUT 2006 y en la ENSA 2000 de 79.3 y 83% respectivamente. De manera concomitante, la percepción de calidad regular se ha reducido, de 14 y 17.2% en 2000 y 2006 respectivamente, a 12.1% en 2012. La percepción de calidad muy mala o mala se ha mantenido similar. El 12.5% dicen que no regresarían a la misma institución que los atendió, similar a la proporción en 2006, de 12.7%, aunque ligeramente superior a lo reportado en 2000, de 10.9%. Los usuarios que acudieron al ISSSTE reportaron los porcentajes más altos de insatisfacción con la calidad del servicio recibido. Los usuarios opinan que sus servicios son regulares o malos y muy malos, con 20.5 y 5.6%, respectivamente; así como también la proporción más alta que afirman que no regresarían, con 21.9%. De los usuarios de “otro seguro público”, 94.7% percibe la calidad como muy buena y buena, y la proporción más baja de los que dicen que no regresarían, con 3.8%.

En el ámbito nacional se estimó que 3.8 de cada 100 habitantes utilizó los servicios hospitalarios en el año previo a la entrevista. La tasa entre las mujeres es de 4.9 por 100, superior a la de los hombres de 2.6. Los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 19 años son los que tienen la tasa de utilización más baja, con 1.4 y 2.2 por cada 100, respectivamente. A partir de los 40 años existe una tendencia creciente en el uso de servicios hospitalarios, que alcanza hasta 9.8 por cada 100 personas de 80 años o más. El motivo más frecuente de hospitalización tanto entre hombres como entre mujeres es el tratamiento no quirúrgico de enfermedades (como diabetes, infarto, crisis hipertensiva, etc.), que representa 31.5% del total: 40.3% para el caso de los hombres y 27% para las mujeres. Los motivos que siguen, sin considerar el sexo, son la cirugía y el parto, con 22.7 y 13.8%, respectivamente. Los eventos obstétricos en su conjunto concentran 37.7% de las hospitalizaciones en las mujeres. La hospitalización por causa de lesiones no intencionales e intencionales fue 3.2 y 5.6 veces más frecuente en hombres que en mujeres, respectivamente. En el ámbito nacional, 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, esta proporción fue de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2000 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió, esta proporción fue de 12.7% en 2006 y de 15.7% en 2000.

Entre los grandes logros de la salud pública de los últimos años (ENSANUT, 2012) se destacan algunos de gran significado para la política pública en salud. En primera instancia, se ha mantenido y ampliado la cobertura del esquema básico de vacunación nacional, dando continuidad a una política de Estado de larga tradición y efectividad. En los últimos cinco años se logró proteger a los niños mexicanos contra hepatitis B, neumococo, y rotavirus. El día de hoy los datos muestran que el esquema de vacunación implementado en México es de los más completos en el mundo y llega a la mayoría de los niños en el país, con coberturas de vacunación de 96.7% para tuberculosis (vacuna BCG), 94.7% para hepatitis B, 90.2% para vacuna pentavalente y 88% para neumococo.

En México la desnutrición aguda en niños ha sido superada al erradicarse la emaciación. La desnutrición crónica (medida a través de la talla para la edad) continuó disminuyendo en todas las regiones del país, y particularmente entre las más pobres. La prevalencia de anemia presenta una disminución sostenida, con mayores decrementos en el periodo de mayor importancia para el desarrollo de los niños, entre los 12 y 23 meses de vida.

En materia de obesidad y sobrepeso, para 2012 la velocidad de crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tiene un punto de inflexión y disminuye. Además, siete veces más mexicanos que se saben diabéticos se encuentran en un control metabólico óptimo: en 2006

únicamente 200 mil pacientes tenían cifras adecuadas de hemoglobina glucosilada, para 2012 ya eran 1.6 millones.

La última década ha sido testigo de profundos e importantes logros en salud, claramente reflejados en los resultados de la encuesta. De todos estos, garantizar el financiamiento para el acceso universal a servicios de salud es sin duda el más trascendental de los avances. De acuerdo con los datos de la encuesta el número de mexicanos protegidos por el Seguro Popular creció más de 300% entre 2006 y 2012, enfocándose en la población con mayor necesidad económica.

Sin embargo, así como se señalan éxitos, las cifras de la ENSANUT 2012 indican áreas de oportunidad para lograr el sistema de salud que requiere el país. Un aspecto clave lo constituye el empoderamiento ciudadano y el conocimiento del derecho a la salud por parte de los usuarios y pacientes. Es claro que quienes no se saben poseedores de derechos no pueden exigirlos; en salud esto se traduce en fenómenos adversos que limitan la efectividad de la política pública. Por ello, es preocupación de las instituciones del sector salud generar y acercar información a la ciudadanía sobre cómo acceder a los servicios de salud en caso de requerir atención curativa. Reforzar las estrategias de comunicación y difusión, para el viraje hacia la prevención, y en este sentido, hacer énfasis en estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades crónicas es un factor que contribuirá positivamente a este empoderamiento.

Por otra parte México experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales que constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad que generan y los altos costos económicos y sociales que producen. Estos últimos constituyen un importante problema de salud pública; el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad, los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el sexto lugar para los hombres. (González-Pier y cols, 2006)

Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina (Medina-Mora y cols, 2003). Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención (Borges y cols; 2006).

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

---

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

De acuerdo al Informe sobre Salud Mental en México (IESM- OMS, 2011), en el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% fueron mujeres y 9%, niños o adolescentes, quienes en promedio permanecieron internos 14 días. El número de admisiones ascendió a 1,873, esto significó 2 pacientes por cada 100.000 habitantes. Los principales diagnósticos correspondieron a trastornos afectivos (27%), trastornos asociados al consumo de drogas (18%) y a los englobados en otros (22%). La mayoría de los pacientes (51-80%) recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año y el 100 % de las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica. Por otro lado señala el mismo informe que existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Estos establecimientos atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. La mayoría (80%) recibió algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica. Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (Medina-Mora y cols; 2003; 2005). De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Benjet y cols; 2009).

Los recursos humanos en establecimientos de salud mental cuentan con más de 10,000 trabajadores. La tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyó en: 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajador social, 0.19 terapeuta y 2 profesionales/técnicos de salud. El 43% de los psiquiatras trabajan en el sector privado y en establecimientos de salud mental con fines de lucro, mientras tanto que una quinta parte lo hizo en instituciones gubernamentales y el 38% participó en ambos sectores. El 69% del personal psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales) laboró en

instituciones públicas, 22% en el sector privado y 9% se desempeñó en los dos sectores. 379 psiquiatras laboraron en unidades de consulta externa, 34 en las unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 502 en hospitales psiquiátricos. La mayoría de los médicos generales trabajaron en la consulta externa y en los hospitales psiquiátricos, 440 y 479, respectivamente; En cuanto a los enfermeros, 544 trabajaron en consulta externa y 2,843 en hospitales psiquiátricos. Laboraron 1,200 psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en servicios ambulatorios; las unidades de internamiento, en hospitales generales, contaban con 36 de este personal y los hospitales psiquiátricos con 999.

En las unidades de internamiento psiquiátrico, en hospitales generales, hay por cada cama 0.23 psiquiatra y 0.36 trabajador de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etcétera); en los hospitales psiquiátricos, la tasa es de 0.09 psiquiatra y de 0.48 trabajador de la salud. La distribución de recursos humanos en áreas urbanas y rurales es inequitativa, con una relación de 2.8/1 para psiquiatras y de 3/1 para enfermeros.

Entre las principales fortalezas y debilidades que se encontraron en el Sistema de Salud Mental en México (IESM-OMS, 2011) están las siguientes:

### **Fortalezas**

- Se dispone de un programa de acción que incluye lineamientos para las políticas en salud mental así como estrategias, acciones y metas encaminadas a solucionar los problemas prioritarios. También se propone la integración de la salud mental a la red de servicios de salud en general, así como la revisión y actualización de la legislación, incluida la protección de los derechos humanos de los pacientes.
- La población que no se encuentra cubierta por la seguridad social (45% del total de los mexicanos) tiene la posibilidad de ser atendida dentro del Seguro Popular que cuenta con un subsidio tanto federal como local. El Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), suscrito dentro del Seguro, incluye la cobertura de los principales trastornos mentales.
- Se encuentran disponibles por lo menos un medicamento de cada clase terapéutica en la mayoría de los establecimientos de salud mental, por ejemplo en el 98% de los hospitales psiquiátricos y 67% de los servicios de consulta externa.
- Existe un órgano independiente del sector salud que vigila los derechos humanos de los pacientes, cuya instancia realizó inspecciones en 67% de los hospitales psiquiátricos; además el

63% del personal de estas instituciones recibió algún tipo de capacitación sobre los derechos humanos durante el año 2008.

- En México se realiza un trabajo continuo y sistemático de investigación que aborda diversos aspectos de salud mental como los estudios epidemiológicos, las evaluaciones clínicas, las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, así como los estudios genéticos. Estos esfuerzos pretenden ofrecer una orientación para las acciones concretas del sistema de salud.

### **Debilidades**

- La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario.
- México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores.
- A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención. El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso. Lo anterior imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento.
- El presupuesto asignado a salud mental está por debajo de la media de los países de ingresos medios-altos que está alrededor del 3.5 %; además la distribución resulta inadecuada, pues el 80% se asigna al mantenimiento de los hospitales.
- Los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público, es reducido.
- Los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades.
- Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5 % de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. También



son pocos los programas, destinados a que las personas con discapacidad mental, que puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales.

Entre los principales desafíos que sugiere el Informe sobre Salud Mental en México (IESM- OMS, 2011), están los siguientes:

- ❖ **Mejorar la capacitación:** Para contar con un personal capacitado en la atención primaria, resulta necesario mejorar la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos.
- ❖ **Fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental:** Estos programas se deberán dirigir principalmente a los grupos en mayor riesgo.
- ❖ **Establecer los servicios de atención primaria como eje articulador de la atención en salud mental:** Además de la capacitación antes mencionada, resulta necesario fortalecer la atención primaria a la salud que incluya a las Unidades Especializadas de Atención en Salud Mental (UNEMES), así como buscar una adecuada coordinación con la red general de servicios.
- ❖ **Disminuir el porcentaje de admisiones involuntarias:** esta situación podría cambiar, si se logra fomentar la detección y atención temprana de los trastornos.
- ❖ **Utilizar los resultados del IESM-OMS como línea base para monitorear las reformas del sistema de salud mental:** Los indicadores recopilados del informe pueden convertirse en una línea base de la accesibilidad y calidad de la atención y que orienten el monitoreo de los mismos en los años sucesivos.
- ❖ **Ampliar las atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos:** En la actualidad, la Comisión Nacional de Derechos Humanos únicamente puede hacer recomendaciones a las diversas instituciones del país, pero no tiene la capacidad de obligar al cumplimiento de estas observaciones. Uno de los desafíos es dotar de mayores atribuciones a la Comisión para que las recomendaciones se lleven a cabo.
- ❖ **Ampliar la atención de la salud mental en hospitales generales y reducir las camas en hospitales psiquiátricos:** la ampliación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, para la atención de pacientes con trastornos mentales en fase aguda, en urgencias, consulta externa y hospitalización breve es necesaria. Sería recomendable incrementar la consulta ambulatoria en hospitales psiquiátricos para la atención de pacientes con trastornos mentales graves y crónicos, de tal forma que se reduzca el número de camas y se fortalezcan las intervenciones psicosociales.

- ❖ **Mejorar los programas de rehabilitación y reinserción de los pacientes:** Es necesario instrumentar un mayor número de programas de rehabilitación, tanto dentro como fuera de las unidades hospitalarias.
- ❖ **Consolidar la protección social en salud mental.** Es conveniente mantener actualizadas las intervenciones de salud mental prioritarias, la ampliación de servicios de salud mental dentro de la red de salud, la acreditación y certificación de los establecimientos y servicios de salud mental, además de brindar cobertura integral a los pacientes con trastornos mentales y con discapacidad.
- ❖ **Incrementar el financiamiento de operación e inversión en salud mental.** En consideración al rezago en la infraestructura y financiamiento, es necesario aprovechar las aportaciones del sistema de protección social en salud y de las fuentes alternas para asignar mayores recursos tanto a los programas como a los servicios comunitarios y de psiquiatría en hospitales generales.
- ❖ **Fortalecer y fomentar la interacción con terapeutas de otras medicinas:** Debido a la gran diversidad cultural que existe en México, es frecuente que la población utilice de manera conjunta los servicios proporcionados por la medicina alópata, los otorgados por la medicina tradicional mexicana y los brindados por las medicinas alternativas. Por lo anterior, podría resultar muy enriquecedor desarrollar estrategias para lograr una articulación entre estos diversos saberes médicos y así ofrecer una atención de la salud mental más plural y acorde a las necesidades y demandas de la población.
- ❖ **Fortalecer los vínculos entre las asociaciones de familiares/usuarios con el sector salud:** Resulta necesario establecer vínculos más sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de tal manera que estas últimas puedan tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental.

Wong y Figueroa (2001), mencionan que al resaltar la importancia del contexto familiar en la salud física y emocional de las personas, se justifica volver a plantear la necesidad de incorporar a las políticas de población y de salud del país todos los aspectos que garanticen o contribuyan al funcionamiento más eficiente de la familia.

En general, la familia constituye una institución viva y fundamental, una institución multifacética que todavía ejerce sus funciones. La familia sigue siendo indispensable en el futuro; es el principal foco de impacto de la cultura ambiental sobre la persona, la personalidad y la formación del ser humano.

Para Andrade (1998), la familia sigue siendo la unidad básica del individuo debido a que en los primeros años de vida se comparte casi exclusivamente con ella; esta familia nuclear es la unidad de crecimiento y experiencia, de realización y fracaso, y es también la unidad básica de la salud y de la enfermedad.

Así también para Palomar (1998), la educación y la vida familiar cobran importancia en cuanto representan los mecanismos que moldean al individuo, en este sentido, el conocimiento y la comprensión del estilo de funcionamiento de la familia constituye una parte importante del análisis total de una sociedad en funcionamiento.

Por otra parte el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* (PND) concibe a la familia como una de las grandes riquezas humanas y sociales de la cultura mexicana. En ese sentido, identifica que el desarrollo de México no se puede entender sin el papel central que ha jugado ésta como institución básica en la formación y realización de los individuos. La centralidad de la familia en el proceso del desarrollo humano plantea la necesidad de impulsar acciones que ayuden a consolidar los procesos de formación y realización que se verifican en su interior. Muchas familias requieren de apoyo especial para salir adelante y cumplir su función de formación educativa, valores y de cuidado de la salud, entre otras. Las políticas de fortalecimiento familiar tendrán, entonces, un efecto múltiple positivo en cada uno de sus miembros, especialmente en los niños y niñas, así como en los jóvenes.

El PND considera que las políticas públicas en este ámbito deben integrar la perspectiva de la igualdad de oportunidades y fortalecerse transversalmente. En particular, pone énfasis en apoyar a las familias vulnerables y a las familias en general desde las diferentes dependencias de la Administración Pública Federal. Ello ha de contribuir directamente en el proceso de desarrollo humano sustentable, mejorando las perspectivas de desarrollo humano de adultos, jóvenes, niños y niñas.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por decreto el 13 de enero de 1977. De acuerdo con el artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el organismo rector del campo de la asistencia social y coordinador del sistema compuesto por los órganos estatales y municipales en todo el país. El DIF es la instancia encargada de normar las acciones de asistencia social, enfocadas al desarrollo del individuo, la familia y la comunidad. Su misión institucional es “conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de la vulnerabilidad en coordinación con los sistemas DIF estatales y municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social”.

Además del DIF, en México también existen diferentes entidades gubernamentales que (sea de forma directa o indirecta, explícita o tácita) operan programas de apoyo a las familias y cuya práctica deriva en diferentes concepciones de desarrollo familiar. Se pueden distinguir al menos seis instituciones que se ocupan del tema de la familia:

- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)
- Secretaría de Educación Pública (SEP)
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- Secretaría de Salud (SSA)
- Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)

A éstas se suman otras dependencias que abordan la temática de manera tangencial, así como los órganos estatales y municipales que llevan a cabo programas en esta área.

### **1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de intervención.**

En la historia de la psicoterapia han surgido diversas aproximaciones teórico- filosóficas respecto a la comprensión y explicación del ser humano, desarrollándose en torno a cada una de ellas, diversas formas de intervención y estrategias para poder resolver las diferentes problemáticas.

Algunas aproximaciones centran su atención en los procesos individuales internos (psicoanálisis) o bien en los procesos individuales externos (conductistas), bajo una causalidad lineal (causa-efecto) como la principal variable para explicar la conducta de las personas. Por ejemplo en México entre los años 1959 y 1970, el trabajo psicoterapéutico estaba regulado y controlado por grupos psicoanalíticos: la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis. Más adelante la terapia conductual fue avalada en 1975 por la Asociación Mexicana de Análisis de la Conducta (Eguiluz, 2004). La Terapia Familiar surge como un paradigma alternativo a los dos anteriores, inicia una nueva forma de abordar los problemas, toma en consideración los procesos de interacción entre los individuos y su contexto socio-cultural, haciendo énfasis en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento.

Anderson (1997), menciona que el desplazamiento desde los paradigmas psicoanalíticos-psicodinámicos hacia la idea de la familia no ocurrió porque los terapeutas decidieran que la familia debía ser el objeto de tratamiento; sino porque las teorías y prácticas tradicionales no

parecían servir para entender a los adolescentes con problemas y a algunos individuos que tenían perturbaciones severas.

Entre los principales precursores de la Terapia Familiar están: Nathan Ackerman en Nueva York, Murray Bowen en Topeka y Washington, Lyman Wynney, Margaret Singon en los institutos nacionales de salud mental en Bethesda, Carl Whitaker en Atlanta, Salvador Minuchin y E.H. Auerwald en la escuela Wiltwyck en Nueva York, Ivan Boszormeny-Nagy, James Framo y Geraldzuk en Filadelfia, Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale, Gregory Bateson, Don Jakson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto California (Hoffman, 1987).

Todos estos investigadores comenzaron a visualizar, dentro de diferentes circunstancias y cada uno en su campo de trabajo, una nueva forma de observar a las personas con comportamientos sintomáticos; empezaron a considerar que los problemas emocionales se generaban en la *interacción familiar*, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique. De esta manera comenzaron a ampliar su foco de visión del estudio individuo hacia el de la familia como un sistema.

Las modalidades de abordaje hasta entonces en la Psiquiatría tradicional, se orientaban casi exclusivamente a observar al individuo como un organismo separado del contexto, considerando absolutamente marginales todos los demás componentes que interactuaban con él; tal era el caso de la familia. El paciente individual como centro de estudio dice Kirmayer (1989, en Packman, 1997), cuyo problema es atribuido a algún aspecto de personalidad, ignorando su contexto social, conduce consistentemente a la estigmatización de la persona.

La metáfora de los sistemas cibernéticos, como menciona Anderson (1997), permitió que los teóricos y clínicos se liberaran de la estrechez y linealidad de las teorías del individuo y pasaran a explotar conceptos y técnicas de resolución de problemas más amplios, no lineales, que les resultaban más útiles para trabajar con sistemas humanos multipersonales como la familia.

Uno de los iniciadores de la terapia familiar en México fue Raymundo Macías, que regresó en 1963 de Montreal Canadá y en donde se formó con Nathan Epstein en Terapia familiar. Asimismo Macías, junto con Roberto Dervez y Lauro Estrada fundaron en 1969 el curso de especialización en terapia familiar en la Universidad Iberoamericana (Eguiluz, 2004). Este curso tenía la duración de un año, dirigido a especialistas en Psiquiatría con experiencia en psicoterapia de varios años (comunicación personal Macías, 2010).

En 1972 el Dr. Macías se separó de la Universidad Iberoamericana, y junto con Dervez, Estrada, Leopoldo Chagoya y Mariano Barragán formaron el Instituto de la Familia, A.C. el curso tenía

duración de dos años y era un programa de posgrado. Posteriormente la relación académica entre Macías y Barragán se rompió y dio por resultado la formación de una nueva escuela: el Instituto Mexicano de la Familia (Eguiluz, 2004).

En 1980, la Universidad de las Américas ofreció formación en terapia familiar con nivel maestría, con duración de dos años y con un enfoque estructural sistémico. Otras de las instituciones pioneras de la terapia familiar en México es el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), fundada por Ignacio Maldonado en 1984 con un programa al inicio de dos años, posteriormente en 1986 es ampliado a tres años. Al inicio de los años ochenta se funda el Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicoterapia Personas, los fundadores son Anatolio Freidberg, José Lichtein y Dolores Villa, en 1984 da un giro hacia la formación sistémica de terapia familiar y de pareja. Cabe mencionar que este Instituto ofrece la formación únicamente como especialidad. En 1992 María Luisa Velasco funda el Instituto de Terapia Familiar Cencalli con reconocimiento por la Secretaría de Educación Pública (SEP) como maestría en 1995. En 2001 la UNAM comenzó un movimiento de reestructuración del posgrado, se utilizaron para ello tres propuestas curriculares que ya se venían trabajando. La residencia en terapia familiar fue proyectada para impartirse en la facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, la facultad de Estudios Superiores de Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza; sin embargo en esta última no se ha podido abrir la residencia por no contar con una planta docente completa. El plan de estudio para estas dos escuelas de la UNAM es mixto, consiste en una combinación de cursos formales escolarizados y un programa de residencia, con actividades de enseñanza y practica supervisada en escenarios clínicos. En estos programas, el nivel de exigencia y el compromiso que debe existir por parte del alumno es muy alto; para apoyar este compromiso de parte del alumno, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) ofrece a los alumnos una beca y está considerada en el padrón de excelencia del mismo instituto (Eguiluz, 2004).

En 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), cuyo objetivo principal, es el de propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines; además de promover la puesta en marcha de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento clínico en los institutos que pertenecen a la asociación, otros institutos de México y el extranjero; de igual manera asume la tarea de incidir en aspectos de la ética profesional de los terapeutas afiliados (Eguiluz, 2004).

A grandes rasgos se revisó el desarrollo de la terapia familiar en México, se ha visto el crecimiento de las escuelas tanto a nivel privado como público, lo que ha contribuido a estar ahora al alcance de gente que demuestra su interés por aprender. Asimismo el surgimiento de posgrado en

universidades públicas como la UNAM se busca vincular la práctica clínica, la investigación y enseñanza en la formación de los terapeutas familiares.

Por otra parte siguiendo a Anderson (1997), dentro del pensamiento de los terapeutas familiares existieron dos influencias fundamentales y entrelazadas: la teoría de los sistemas cibernéticos, homeostáticos, de retroalimentación negativa, y la teoría de los sistemas sociales normativos, estructurados jerárquicamente. Ambos principios describieron y explicaron el sistema humano como una combinación de partes cuyo proceso viene determinado por su estructura; ambos proveyeron a la Terapia Familiar de un paradigma sistémico contextual, cuyo punto de vista es que los problemas son fenómenos sociales cuyo desarrollo, persistencia y eliminación ocurren en un campo interaccional.

Andolfi (1991), considera a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento, por funciones dinámicas en constante interacción entre sí, e intercambio con el exterior. Al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella, tales como la comunidad, la familia extensa, el sistema de creencias e instituciones, etc;

Siguiendo a Andolfi (1991), una sintomatología anoréxica, un comportamiento delirante, un estado depresivo por ejemplo, si es visto como una perturbación intrínseca a la persona, lleva a estudiar la naturaleza del paciente y a buscar en su interior las causas de la perturbación. De esta manera, el malestar se clasifica y se inserta en un esquema rígido, que lo vuelve más estático e irreversible, en tanto no capta su significado relacional y las implicaciones propias del contexto social en que cobro vida ese comportamiento. Para este autor, la Terapia Familiar y Relacional si se le capta y conduce de un modo correcto en el ámbito de la comunidad, puede considerarse como una forma de Psiquiatría Social en la cual la intervención sobre la familia en particular, tiende a iluminar los conflictos evidentes de sus miembros y a liberar al paciente identificado de las tensiones vinculadas con su condición.

La familia, de esta manera, proporciona nuevas dimensiones en la conceptualización de la adaptación humana y la Terapia Familiar puede proveer señalamientos hacia formas más efectivas en el manejo de conflictos y en el dolor humano. En este sentido la Terapia Familiar de acuerdo a Andolfi (1991), debe permitir al paciente identificado recuperar su capacidad de autodeterminación en un contexto familiar diferente, donde se redescubren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpresadas y capaces de dar un significado distinto a una

perturbación, no vivida ya como un estigma, sino como señal y momento de crecimiento de un grupo con historia.

Es así que la Terapia Familiar permite el movimiento de las personas y sus familias hacia nuevas situaciones más favorecedoras para ellas y su circunstancia particular. A este respecto las corrientes posmodernas de terapia establecen el hecho de que son las mismas personas las que pueden construir un nuevo significado para sus vidas con ayuda del lenguaje y del tipo de conversación que genera esa posibilidad.

La teoría del Construccinismo Social es la principal base que sustenta la práctica sistémica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación, la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad (Limón, 2005; Molina, 2001). Bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y, a diferencia del Constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual en el lenguaje, desde el Socio-Construccinismo la realidad se construye en la relación social como productora de discursos (Limón, 2005). En las propias palabras de Limón:

*“...De lo que se trata, ya en este ámbito, es que las personas puedan llegar a trascender los limitados o insuficientes sistemas de significado (que pueden tener atrapada una problemática), para poder acceder a formas de vida alternativas y, presumiblemente, más satisfactorias”* (Limón, 2005, prólogo XI).

Desde esta postura al hablar de terapia se está haciendo referencia a una conversación y dentro de ésta, queda deshecha la idea de buscar una patología en las personas (Hoffman en Anderson, 1997). La voz de los que consultan gana importancia, y el terapeuta refrena su impulso a controlar, evitando imponer su comprensión y permitiendo que emerjan soluciones decididas en conjunto.

En la perspectiva posmoderna, ya sea que se trabaje con un individuo o con una familia, se tiene en cuenta que siempre se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples, cambiantes, socialmente construidas (Anderson, 1997; Limón, 2005); de esta forma cobra especial importancia el *sistema lingüístico relacional*, es decir, la forma en que la persona construye ideas, pensamientos, conducta por medio del lenguaje y la conversación con los otros.

La terapia para Anderson (1997) y Bertrando (2011) es una *conversación/ diálogo* entre un cliente y terapeuta; esta conversación dialógica hace referencia a un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas. La conversación terapéutica y la novedad de sus resultados llevan a una acción creadora y



a una disolución de problemas. En esta postura el cliente y terapeuta pasan a ser compañeros de conversación, donde el saber del cliente de sí mismo se combina con el saber del terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos. En este orden de ideas como dice Anderson (1997), la responsabilidad por la terapia y su resultado pasó a ser compartida.

Una de las principales implicaciones de esta forma de hacer terapia en co-responsabilidad con el cliente o la familia, es que les permite ser los autores de su propia vida sin que sean conducidos por el terapeuta hacia un convencionalismo generado culturalmente, de una “mejor situación para ellos”.

Finalmente son los individuos y sus familias el principal motivo por el cual se generan teorías, modelos, estrategias o enfoques para hacer terapia, y en este sentido se busca intervenir en los principales problemas que limitan y afectan la vida de las personas, así como sus relaciones con los demás.

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

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) mantiene el compromiso de formar profesionales de calidad, que desarrollen las competencias necesarias para ejercer su profesión con responsabilidad y compromiso social. Es así que dentro de su Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, aprobó el programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Esta Residencia en Terapia Familiar, de acuerdo al programa de la misma (2001), tiene como principal propósito capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de la Salud. Esta especialidad con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccinismo Social, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico), el lenguaje y la construcción de significados.

En general la formación está basada en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico-metodológicas y la práctica clínica supervisada en escenarios clínicos, lo cual integra la formación del profesional y le permite proporcionar servicios a la comunidad.

Dentro del área práctica, el trabajo clínico durante el curso de la Maestría se realizó en seis diferentes escenarios, de los cuales participe en tres:

- ❖ Centro de Servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”
- ❖ Centro comunitario de Atención Psicológica “los Volcanes”
- ❖ Centro comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”.

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

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

El Centro comunitario se fundó en 1983, está ubicado dentro de la Facultad de Psicología en el sótano del edificio D. El objetivo de este es brindar a los estudiantes la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales, otorgando a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial.

En cuanto a infraestructura el centro de servicios cuenta con cuatro cámaras de Gesell y 13 consultorios. La organización del Centro de servicios consta de la directora fue la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

Se conforma de un área de Servicio Social, donde participan alumnos de licenciatura en el sistema escolarizado y abierto. Académicos de posgrado con participación de las residencias en:

- ❖ Terapia familiar sistémica
- ❖ Psicoterapia infantil
- ❖ Psicoterapia para adolescentes
- ❖ Medicina conductual
- ❖ Neuropsicología

Asimismo participan académicos de licenciatura, profesionistas y voluntarios quienes atienden a la población, algunos a través de talleres desde diferentes marcos conceptuales.

Los servicios que ofrece el centro son:

- ❖ Pre-consulta
- ❖ Evaluación
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Canalización cuando se requiere

- ❖ Prevención primaria con talleres de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales.

Se da tratamiento, individual, de pareja, familiar y grupal desde diferentes enfoques teóricos-metodológicos. Además se apoya y realiza investigación.

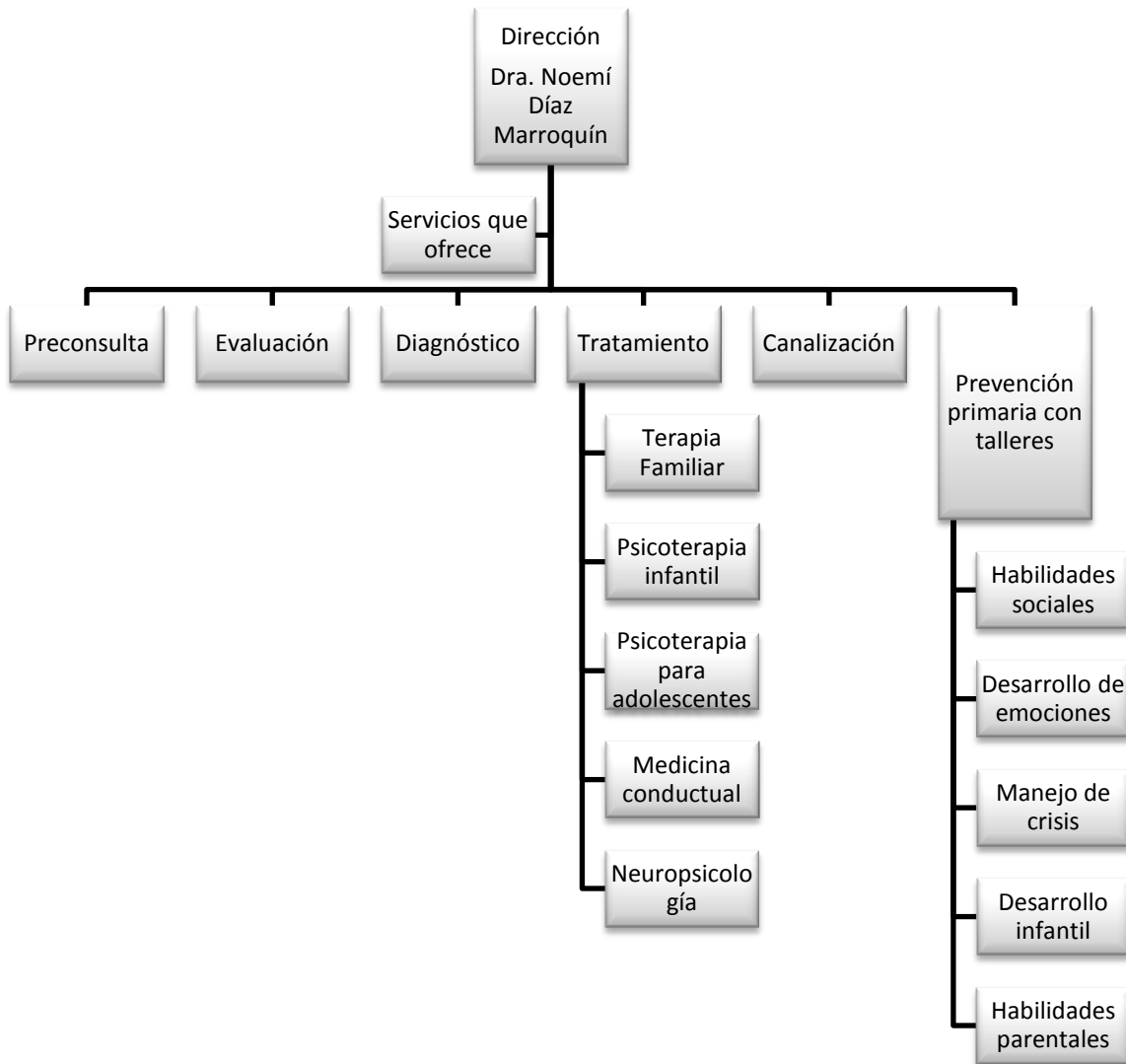
El ingreso al Centro de Servicios se hace mediante una cita telefónica el último día lunes de cada mes de 7:30 a 9:30 am, se les piden ciertos documentos que conformaran su expediente. Cada paciente pasa por una pre-consulta, evaluación psicológica y pruebas para después ser canalizado a algunos de los servicios que ofrece el centro.

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia reportan las personas que solicitan asistencia en este centro son:

- ❖ Ansiedad y depresión
- ❖ Problemas de pareja
- ❖ Problemas familiares
- ❖ Problemas de conducta en niños y adolescentes
- ❖ Trastornos alimenticios

### **Organigrama**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



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

El centro comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” pertenece a los Centros de Servicios Psicológicos de la UNAM, se fundó en mayo de 1981, está ubicado al sur de la ciudad, su objetivo es participar en la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado contribuyendo y consolidando habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, que logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

El centro comunitario cuenta con dos salas con circuito cerrado que permiten escuchar y observar a los consultantes, dos cámaras de Gesell, 10 consultorios, una sala grande para talleres y una biblioteca.

La directora del centro comunitario era la Dra. Noemí Díaz Marroquín. Para su funcionamiento se divide en profesionalización y en servicio comunitario que se explicaran a continuación.

#### **Profesionalización**

Esta área busca crear puentes entre teoría, práctica y ejercicio profesional, permitiendo a los estudiantes que apliquen sus conocimientos para resolver problemáticas de la comunidad contando con la guía del personal académico a cargo.

Los programas de profesionalización académicos son:

- Formación en la práctica
- Prácticas curriculares
- Prácticas profesionales
- Servicio social
- Tesis
- Residencias de maestría

#### **Servicio comunitario**

En esta área desde una perspectiva psicosocial se desarrollan actividades de prevención e intervención convergiendo diversas áreas de la Psicología.

Las actividades de prevención son: talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas, cine-debate.

Las actividades de tratamiento son: individual, familiar, de pareja y grupal.

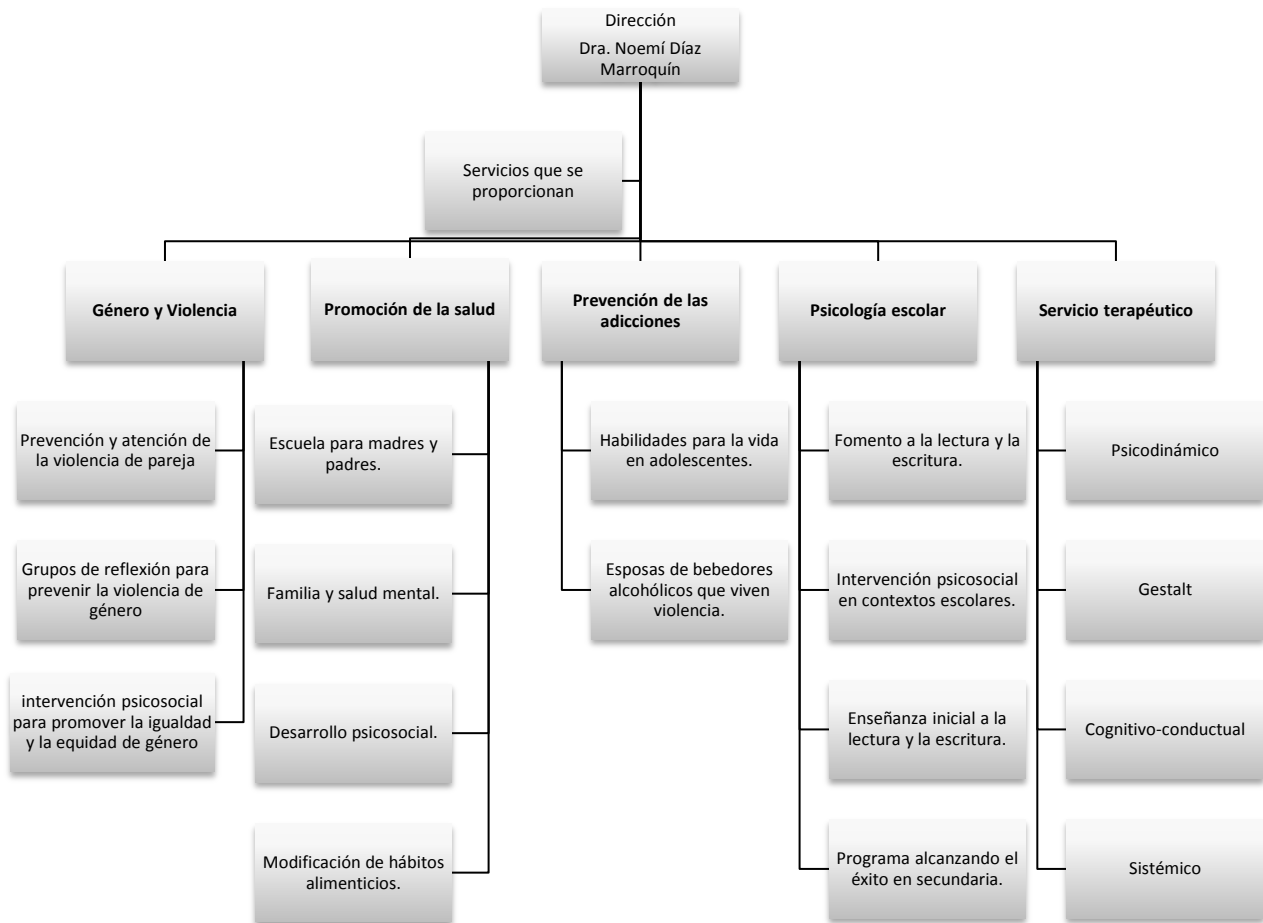
Los diversos programas de servicio comunitario responden a las problemáticas de la comunidad y son dirigidos a todos los grupos de edad. Son los siguientes:

1. Género y violencia
  - Prevención y atención de la violencia en pareja.
  - Grupos de reflexión para prevenir la violencia de género.
  - Intervención psicosocial para promover la igualdad y la equidad.
2. Promoción de la salud
  - Escuela para madres y padres.
  - Familia y salud mental.
  - Desarrollo psicosocial.
  - Modificación de hábitos alimenticios.
3. Prevención de las adicciones
  - Habilidades para la vida en adolescentes.
  - Esposas de bebedores alcohólicos que viven violencia.
4. Psicología escolar
  - Fomento a la lectura y la escritura.
  - Intervención psicosocial en contextos escolares.
  - Enseñanza inicial a la lectura y la escritura.
  - Programa alcanzando el éxito en secundaria.
5. Servicio terapéutico
  - Psicodinámico
  - Gestalt
  - Cognitivo-conductual
  - Sistémico

Para solicitar la atención psicoterapéutica de terapia familiar y de pareja, las personas interesadas pueden solicitar en recepción la libreta de espera para anotar sus datos generales, el tipo de atención solicitada y el motivo de consulta. El siguiente paso consiste en esperar la llamada

telefónica de los terapeutas, quienes de acuerdo al tipo de servicio que ofrecen (familiar, pareja, infantil, etc.) se comunican con la persona para indicarle la fecha y el horario de la atención.

### Organigrama



### Centro comunitario de atención psicológica “los volcanes”

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 otorgan servicios de atención psicoterapéutica a niños(as), adolescentes y adultos(as), y se desarrolla trabajo preventivo a través

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

---

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

de conferencias, talleres y otras acciones comunitarias. La formación en la práctica y el servicio social se realizan bajo la estrecha supervisión de las y los responsables académicos.

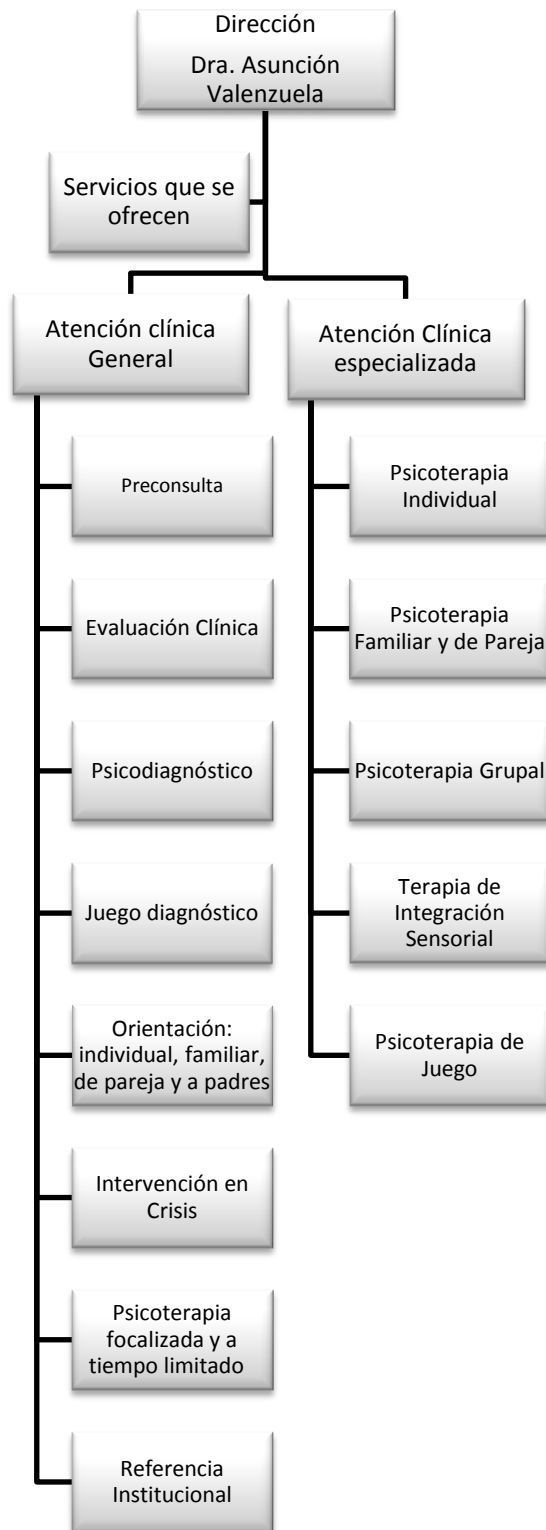
El objetivo del centro es Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques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

La directora del centro es la Dra. María Asunción Valenzuela Cota quien se apoya de profesores y supervisores que guían a estudiantes de licenciatura que realizan su servicio social, residente de Maestría y voluntario en general. Los enfoques que predominan en el trabajo con la población destaca los modelos, sistémico, psicodinámico y Gestalt.

Los servicios que ofrece el centro comunitario son pre-consulta, evaluación clínica, psicodiagnóstico, orientación individual, pareja y familiar, intervención en crisis, psicoterapia focalizada y referencia institucional. También cuenta con servicios de atención clínica especializada donde participan solamente terapeutas y residentes de Maestría: psicoterapia, individual, pareja y familiar, psicoterapia grupal, de juego y terapia sensorial.



**Organigrama**



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

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, el cual se inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país.

Proporciona servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados, con un alto sentido humanista y abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

Forma y capacita recursos humanos para la rehabilitación, con la mejor participación científica y humanista, que puede emplear equipos y tecnología de punta; con una actitud de superación continua; con aptitudes para la docencia y con capacidad para la investigación científica; que puede actuar como líderes del equipo benéfico social en su especialidad.

Desarrolla investigación científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente.

Los servicios que se ofrecen son consulta externa, del cual se dividen en medicina de rehabilitación y terapia familiar, asimismo se ofrecen servicios de enseñanza e investigación.

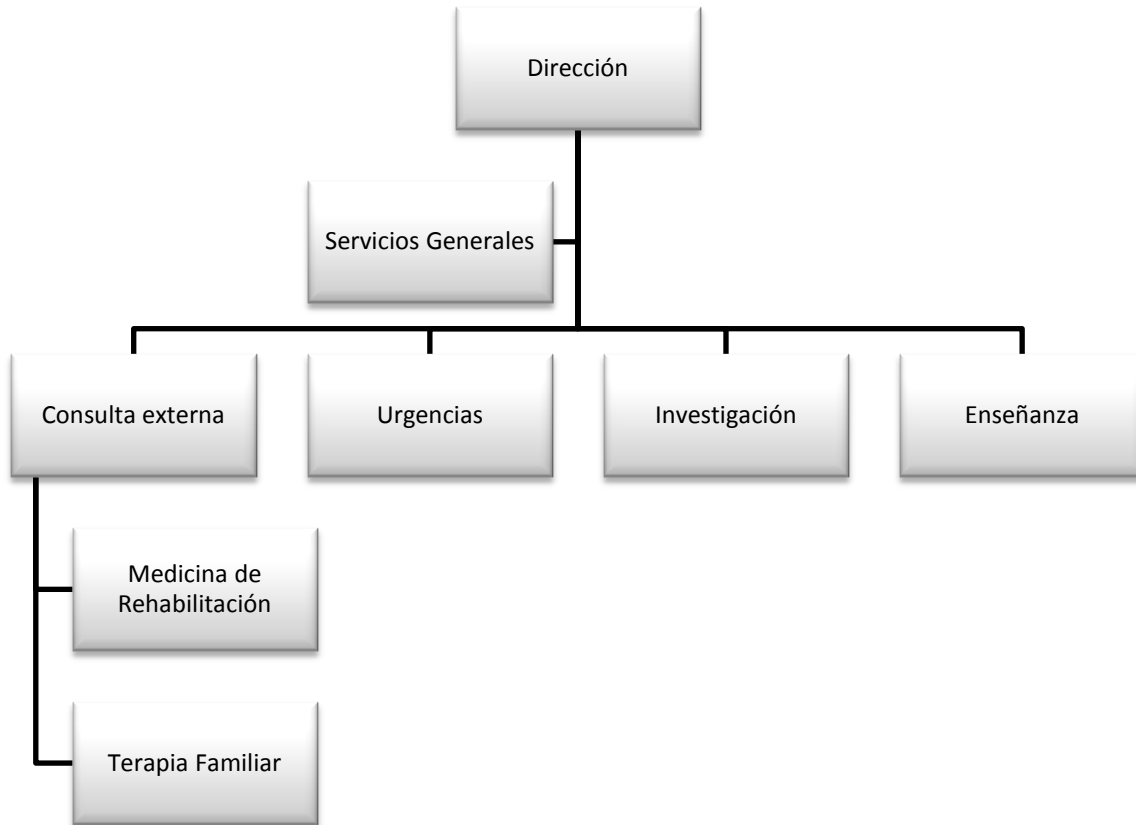
El servicio de terapia familiar pertenece al área de medicina de rehabilitación, fue creado en el año de 2003. Aparte del servicio de consulta externa que brinda, desarrolla investigación y actividades de formación y enseñanza con personal adscrito al Instituto, estudiantes de la UNAM y del Instituto de la Familia.

El jefe de servicio es el Dr. Froylán E. Calderón Castañeda que se ayuda de otros supervisores, a quienes se les asignan los diversos casos. Las instalaciones con las que cuenta esta área, 6 cubículos, 1 cámara de Gesell y equipo de cómputo.

Se atienden a todos los consultantes que por su condición soliciten atención psicológica y derivada de los diferentes servicios de especialización. Como pueden ser: violencia intrafamiliar, trastornos psiquiátricos, adicciones, problemas de normas y límites, depresión, ansiedad extrema, síndrome del cuidador, falta de atención familiar, sobre-involucramiento familiar, familias en crisis. La modalidad de terapia puede ser individual, pareja o familiar.

Para recibir atención psicológica familiar los consultantes deben ser canalizados a través de las diversas áreas con las que cuenta el hospital, también el mismo consultante puede solicitarlo.

### Organigrama



### Hospital psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro”.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en su género, fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Este, otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

El objetivo del Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” es brindar atención especializada a niños con problemas de salud mental, con el más alto sentido humano en un marco de respeto y dignidad. Todo ello con la realización de investigaciones en las diferentes áreas: clínica, farmacológica,

epidemiológica y administrativa cuyo conocimiento se aplica tanto a la formación del talento humano como a la mejora.

El hospital cuenta con dos modalidades de atención:

1. **Consulta no urgente.** En donde se tratan: Problemas de aprendizaje escolar, problemas emocionales de comportamientos que no pongan en riesgo la vida del paciente y otros, problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución.
2. **Atención urgente.** En esta modalidad se atienden: Conductas agresivas incontrolables, intento de suicidio reciente, crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos, inquietud y agresividad incontrolable y faltas graves de conducta que no pueden ser controladas por la intervención de la familia.

El hospital trabaja con equipos multidisciplinarios, los cuales realizan las siguientes actividades:

- **Psicología.** Realizan psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, así como apoyo a padres de los pacientes, con platicas de información y orientación en grupo o individual.
- **Enfermería.** Sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del hospital.
- **Trabajo social.** Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y a la rehabilitación de estos.
- **Rehabilitación psicosocial.** Proporciona a los usuarios del hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana. La obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia de lenguaje y psicopedagoga.
- **Talleres.** En la actualidad se cuenta con seis: expresión corporal, pintura, educación física, corte, futbol, orientación y estimulación educativa.

Para el cumplimiento de sus objetivos, la institución cuenta con las siguientes áreas:

**-Admisión y urgencias.** En estas áreas se evalúan a los pacientes y a sus familias de primera vez, con el fin de tener un diagnóstico real, para asignarles la clínica que les brinde la mejor atención. Se proporciona atención las 24 horas de los 365 días del año. De acuerdo con la edad y el diagnóstico el paciente puede ser canalizado a:: clínica del desarrollo, clínica de las emociones, clínica de los trastornos de la conducta, clínica de PAINAVAS, clínica de la adolescencia, hospital de día y PROSERPH.

**-Hospitalización.** Consta de 4 unidades, donde se otorga atención integral a menores de 18 años, de ambos sexos, que ameritan manejo intra-hospitalario por encontrarse en fase aguda de su padecimiento. Las unidades con las que cuenta son: PAIDEA, unidad de adolescentes para varones y para mujeres y unidad de cuidados prolongados.

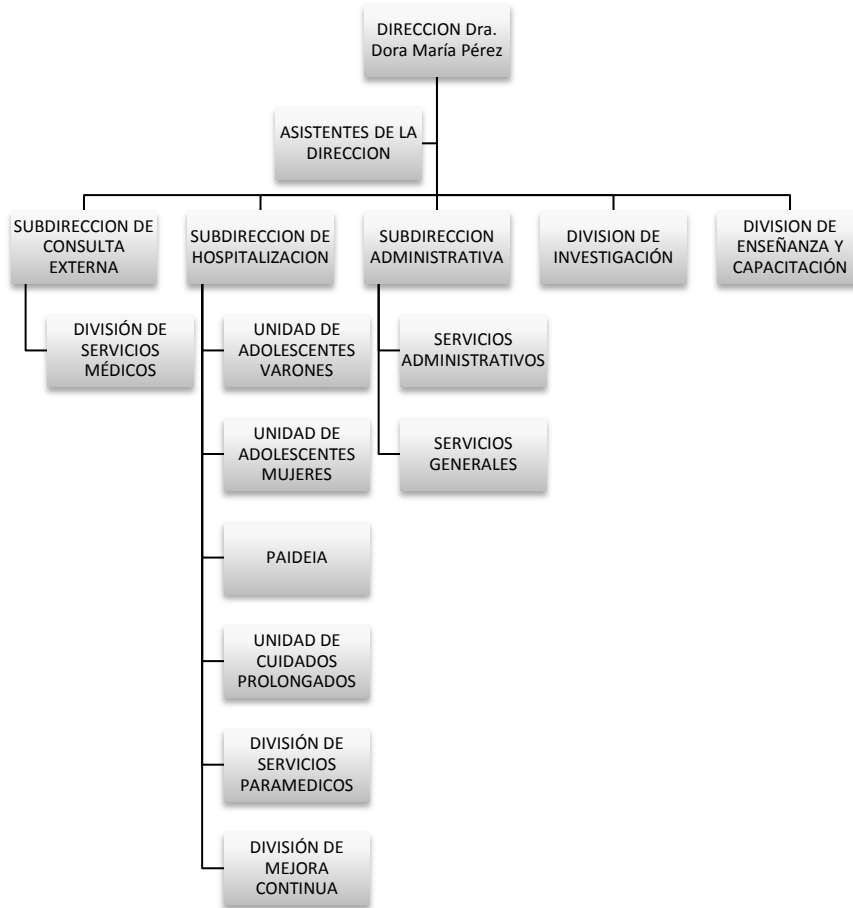
**-Servicios de apoyo.** El hospital también cuenta con diferentes servicios de apoyo como: terapia de pareja, terapia familiar, terapia grupal, terapia individual, terapia ocupacional, trabajo social, neuropsiquiatría, pediatría, odontología, medicina física y rehabilitación, genética, auxiliares a diagnósticos y voluntariado.

**-División de investigación.** En esta división se evalúan, coordinan y se promueven las actividades de investigación que se realizan dentro del hospital. Participa en actividades de capacitación y docencia, con énfasis en las inherentes al ámbito de la investigación. Contribuye a la elevación de la calidad en la atención integral de los usuarios del hospital, mediante la aplicación del conocimiento resultante de las investigaciones que se realizan.

**-División de enseñanza y capacitación.** Tiene como responsabilidad el fomento y desarrollo de actividades educativas, tendientes a la adquisición y actualización de los conocimientos relacionados con la salud mental de niños y adolescentes. El carácter multidisciplinario dentro del hospital, permite la capacitación de pasantes de servicio social de diversas especialidades afines a la salud mental. El hospital cuenta con 22 cursos de capacitación para profesionales internos y externos. En promedio, se aceptan a 635 alumnos para realizar el servicio social o prácticas profesionales en diversas áreas.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**Organigrama**



**Centro comunitario San Lorenzo**

El Centro de servicios psicológicos San Lorenzo pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck, una institución de asistencia privada cuyo objetivo es crear y operar establecimientos que fortalezcan el bienestar de niños, jóvenes y adultos.

Luz Bringas Robles en 1935 construye la fundación “Luz Bringas”, posteriormente, en 1951 María de los Ángeles Haghenbeck y De la Lama construye la fundación que lleva su mismo nombre. Ambas fundadoras se conocen y deciden unir esfuerzos creando en 1992 la Fundación Bringas Haghenbeck, I.A.P.

En el 2007 la junta de Asistencia Privada del Distrito Federal solicita al patronato su apoyo para integrar el patronato de la fundación “Ignacio Medina Lima” y con ello impulsar la voluntad y deseos de su fundador, lo cual se ve hecho en el 2011.

La fundación se centra en tres áreas:

- ✧ **Tercera edad.** El objetivo en esta área es brindar un ambiente positivo a la persona de la tercera edad que garantice su desarrollo, crecimiento, armonía y bienestar general. Para lo cual la fundación cuenta con tres lugares de residencia dentro del Distrito Federal: “*San Francisco*”, “*Las Magnolias*” y “*Teodoro Gildred*”.
- ✧ **Educación:** En esta área el objetivo es formar generaciones que confíen en sí mismos y con la autonomía que les permita vivir una infancia plena y que sean capaces de enfrentarse a los retos en el futuro escolar y social. Cuenta con tres instituciones: “*Salud, educación y recreación Maella Chalco*”, “*Centro comunitario San Lorenzo*” y “*Jardín de niños Maella Iztapalapa-Chalco*”.
- ✧ **Desarrollo comunitario:** El objetivo es promover en la población estilos de vida saludables que fomenten un mejor desarrollo físico, mental y social de las comunidad para esta se lleva a cabo en salud, educación y recreación, las instituciones que ofrecen estos servicios son: “*Maella chalco*”, “*Centro Comunitario San Lorenzo*” y “*Trapos, trapitos y algo más....*”.

EL Centro Comunitario San Lorenzo comenzó operaciones en el 2004, éste se encuentra ubicado al oriente de la ciudad de México y entre los principales servicios que ofrece están los siguientes:

- ✧ **Educativos:** Educación básica, promoción de valores y virtudes, regularización, apoyo en tareas, computación y talleres formativos.
- ✧ **Deportivos:** Torneos de liga, escuela de futbol, yoga, básquetbol, lima lama, hawaiano y taekwondo.
- ✧ **Salud preventiva:** Atención psicológica, talleres de desarrollo humano, atención a la salud escolar (control del niño sano y prevención de enfermedades), atención oftalmológica, análisis clínicos, masajes terapéuticos y de rehabilitación.
- ✧ **Sociales:** Promoción de bolsa de trabajo, orientación familiar y enlace interinstitucional, actividades de integración de la tercera edad.
- ✧ **Culturales y de Recreación:** Exposiciones de pintura, narrativa oral, clases de danza regional, jazz y hawaiano, talleres de lectura, teatro en atril, hora del cuento, curso de verano, ludoteca y promoción de la lectura.
- ✧ **Otras:** Oferta de espacios para eventos sociales y comunitarios.

El objetivo dentro de la coordinación de psicología es brindar atención psicológica de calidad a niños, adolescentes y adultos, en las diversas modalidades terapia individual, terapia de pareja y terapia familiar.

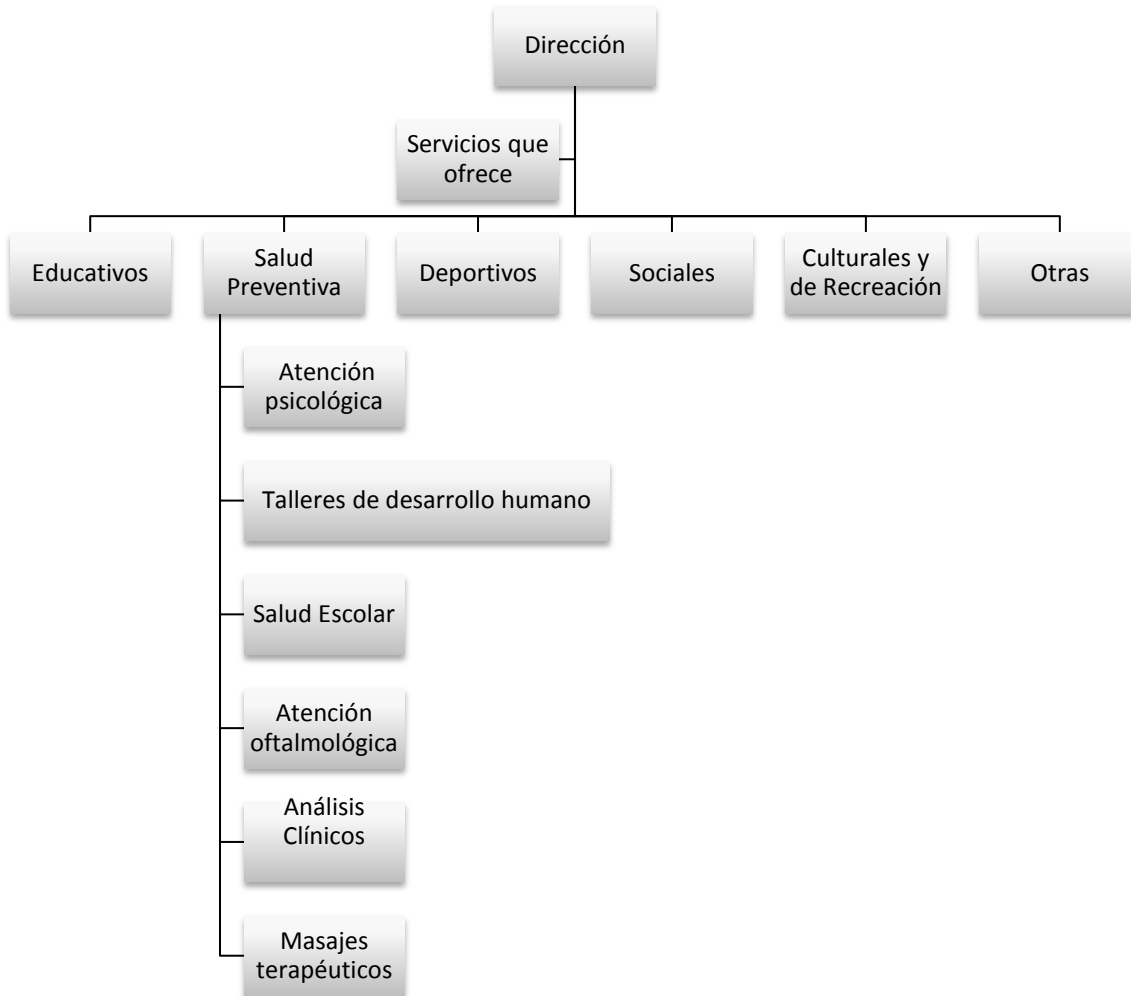
El área de psicología cuenta con 8 consultorios para el trabajo con la población, un cubículo para el coordinador, una sala de espera, recepción y un cubículo para terapeutas.

Participan voluntarios de licenciatura y de posgrado de diferentes universidades entre ellas la UNAM y la UAM. Las residencias de posgrado que brindan atención psicológica son Terapia familiar sistémica, psicoterapia para adolescentes, y terapia infantil. Los enfoques que predominan en el trabajo con los pacientes son el modelo sistémico, psicoanalítico, Gestalt y cognitivo conductual.

El horario de atención es de 9 a 8 pm de lunes a viernes. La forma de ingreso es mediante una cita que puede realizarse por una llamada o directamente con las secretarias quienes apuntan a los interesados en lista de espera y dependiendo el motivo de consulta se destina al terapeuta quien es el encargado de la preconsulta, evaluación y tratamiento de las personas solicitantes.



## Organigrama



## 2.2 Análisis sistémico de los escenarios

Es importante mencionar el contexto bajo el cual operaban los escenarios ya mencionados. Como lo menciona Bertrando (2011) “la tarea del terapeuta es volverse más consciente de las complejas redes que conectan a las personas, instituciones e ideas” (p.109). en este sentido cada sede en donde se desarrolló la práctica clínica tenía su propia red de niveles influidos unos con otros entre la comunidad, la institución, los terapeutas y las familias en una compleja interacción de niveles que a continuación se describirán.

### **Centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila**

En el centro de Guillermo Dávila la comunidad favorecía ciertas problemáticas en las familias que ingresaban a la institución con la esperanza de resolver sus dilemas y problemáticas, sin embargo el centro tenía una alta demanda y una gran lista de espera; así como diferentes trámites de ingreso que en muchas ocasiones generaba la deserción de las familias debido a que no recibían una rápida atención. En este sentido los casos más frecuentes se referían a problemas de índole familiar tales como problemas de pareja, crisis en alguna etapa de ciclo vital, casos de violencia, depresión entre otros. Nosotros como terapeutas teníamos que adaptarnos a las reglas de operación del centro, que en ocasiones obstaculizaba nuestro trabajo con los trámites de ingreso que requerían las familias. Esto afortunadamente cambio cuando se agilizó el ingreso de las familias al realizar nosotros mismos la evaluación de los casos mediante un formato de evaluación familiar. En muchas ocasiones teníamos que cambiar las creencias de la institución porque se creía que la maestría sólo podía atender familias o parejas y no casos de terapia individual. O la situación institucional de utilizar la bata blanca, que para nosotros no era necesaria al querer cambiar la visión del modelo médico- paciente, sin embargo en el centro esta es una idea bastante arraigada que exige a los estudiantes la portación de la misma. Estas situaciones muestran las adaptaciones que tuvimos que hacer como terapeutas familiares en esta institución que funciona con ciertas reglas e ideologías. No obstante cuando trabajamos con los consultantes teníamos amplia libertad de abordar los casos como lo creyéramos conveniente, dado que teníamos un supervisor que de alguna manera orientaba nuestra práctica clínica. Esta forma de trabajo también era comunicada a los consultantes, lo cual generaba como ventajas la confianza de que estaban en manos de personas profesionales de la salud mental y no sólo de estudiantes en formación. En otras situaciones esto no parecía suficiente, ya que hubo casos que desertaron de la terapia, debido a que tal vez no se sentían tan cómodos trabajando (en apariencia) con estudiantes en formación y no conocer al supervisor que se encontraba detrás del espejo, sin embargo en otros casos se pudo trascender esta idea debido a que se generó la formación del sistema terapéutico (éste se explica en otro apartado más adelante).

Otro aspecto institucional al que nos enfrentamos durante la formación en este centro, fue que algunos casos eran atendidos paralelamente por otras residencias que nos derivaban los casos para el trabajo con las familias. Este trabajo que realizamos no llegó a ser integral y multidisciplinario debido a las cargas de trabajo que caracteriza a cada una de las residencias y al desfase de horarios que existe en cada una de ellas. Creo que en este punto faltó una mayor coordinación institucional entre las residencias, debido a que esto puede llegar a influir negativamente en los casos atendidos, ya que cada residencia tiene sus propias premisas que

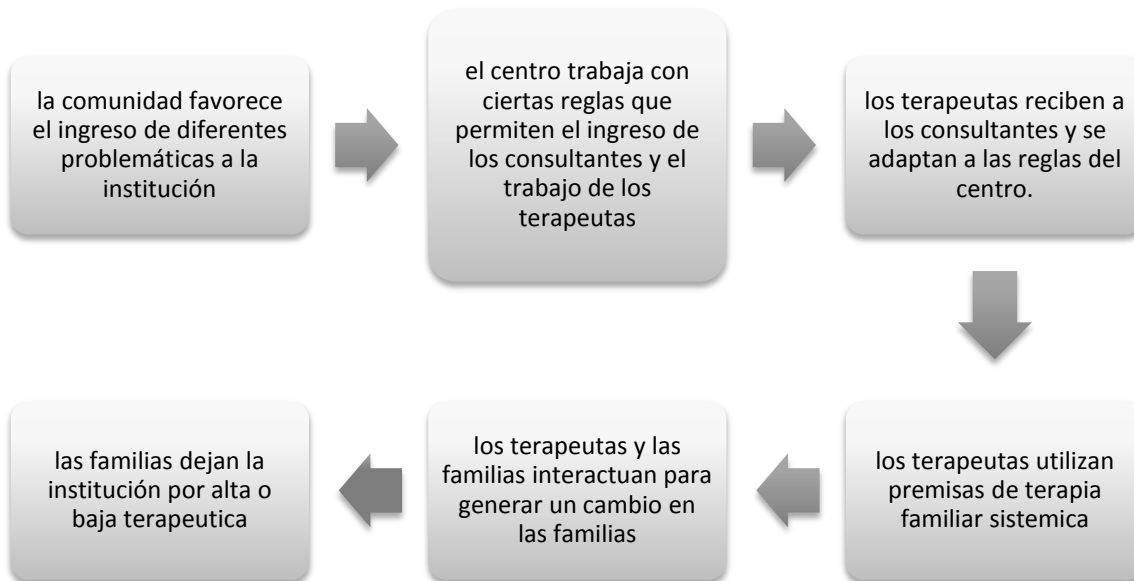
sustentan la práctica clínica y muchas veces estos se pueden contraponer. Y los profesionales podemos repetir ciertos isomorfismos que se están presentando en la dinámica familiar, como fallas en la comunicación y de organización para el abordaje terapéutico.

Por otra parte también teníamos que hacer una adaptación con los supervisores debido a que tenían diferentes estilos de trabajo algunos nos daban libertad de trabajo y otros limitaban la libertad de acción en la terapia, algunos hacían coterapia con nosotros y dejaban ver su forma de trabajo lo que facilitaba el aprendizaje del modelo de estudio. Otros supervisores actuaban detrás del espejo y pocas veces mostraban su estilo de trabajo terapéutico lo que muchas veces generó dudas en cuanto a la práctica del modelo que se estaba supervisando.

Considero que en este centro en el que pasamos la mayor parte de la práctica clínica durante la formación, aportó diferentes experiencias desde llevar la teoría a la práctica, conocer diferentes estilos terapéuticos tanto de mis compañeros como de supervisores e interactuar con diferentes problemáticas y consultantes en diferentes formatos de atención individual, pareja y familiar.

A continuación se presenta un breve esquema que simplifica mucho la interacción de los diferentes subsistemas y niveles que se interrelacionan en la práctica clínica.

Flujograma de los diferentes contextos que interactúan en las diferentes sedes.



### Centro comunitario de atención psicológica “los Volcanes”

En el centro comunitario “los volcanes”, también se contaba con una lista de espera la cual se integraba por las personas que acudían a solicitar el servicio o por derivación de los diferentes programas o residencias que ahí prestaban sus servicios. La gente que se atendía era principalmente de la comunidad y la que se enteraba vía internet. Las principales problemáticas que se atendieron eran problemas de conducta de hijos adolescentes, problemas de pareja, violencia familiar. En ocasiones las premisas del centro no eran muy compatibles con los consultantes que acudían debido a que los costos y horarios no se ajustaban a los usuarios, por lo que algunos abandonaban el tratamiento debido a que el horario de atención era de 9:00 a 3:00 de la tarde. Aquí los requisitos y trámites de ingreso eran más accesibles para la comunidad en comparación con los del centro de servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila que favorecía la deserción de muchos usuarios.

Asimismo las reglas de operación de este centro permitieron amplia libertad de acción en el trabajo terapéutico con los consultantes, la práctica de cada residencia era respetada y quedaba a

cargo del supervisor de los estudiantes de formación, sin embargo teníamos que adaptarnos a sus reglas de operación. En este centro no se contó con cámara de Gesell, la supervisión se realizó en vivo en el mismo espacio en donde los co-terapeutas atendieron a los consultantes. Por lo regular se contó con equipo terapéutico también en el mismo espacio, en este sentido se vivía con mayor intensidad las supervisiones y la participación como equipo terapéutico lo que generó mayor compromiso entre los terapeutas, el equipo terapéutico, el supervisor y los consultantes. Creo que esto mismo favoreció la deserción de varios consultantes porque a lo mejor estar frente a un grupo de personas desconocidas les generó cierta incomodidad y nerviosismo que no siempre se sabe enfrentar adecuadamente. Esto también fue difícil en un principio para nosotros, por las fantasías que muchas veces genera estar frente a un grupo, como el temor a la crítica y a equivocarse como terapeuta en formación. No obstante cuando se llega a superar esta situación la terapia puede marchar y facilitar la formación del sistema terapéutico con resultados satisfactorios para los consultantes y terapeutas involucrados en el proceso. Esto es un ejemplo de como las premisas de los consultantes y de los terapeutas se influyen mutuamente facilitando o dificultando el proceso terapéutico.

Otra limitante era que contábamos con un espacio terapéutico asignado para la residencia y en muchas ocasiones hacía falta más de un espacio para la atención de consultantes. Los demás espacios eran pequeños y poco adecuados para la práctica clínica con el supervisor y equipo terapéutico.

Lo que más aportó esta sede a mi formación fue el formato de trabajo con equipo terapéutico y el supervisor en el mismo espacio sin que mediara un espejo unidireccional, que al inicio fue difícil acostumbrarnos al formato de trabajo y que después se hizo una experiencia gratificante, intensa y de mayor compromiso por la fuerza contextual implicada en la forma de trabajo, asimismo se dio intercambio de experiencias con otros residentes de la maestría de semestres más avanzados o que iniciaban la formación, aumentando la pluralidad de ideas que complementaban las intervenciones o las ideas del proceso terapéutico.

### **Centro comunitario “Dr. Julián MacGregor”**

En el centro comunitario MacGregor se trabajó en el formato de coterapia con equipo terapéutico, la supervisora y el equipo se encontraban en otra sala observando la sesión en vivo a través de un circuito cerrado de televisión. Los principales problemas que traían los consultantes eran problemas de relación entre padres e hijos en etapa escolar, problemas de pareja y violencia

familiar. Al igual que las otras dos sedes mencionadas también existía una larga lista de espera de los consultantes que solicitaban el servicio, sin embargo los tramites que tenían que realizar para recibir el mismo, al igual que en el centro comunitario volcanes, eran más ágiles para poder recibir la atención debido a que no había tantos filtros de valoración e ingreso en comparación al centro de servicios psicológicos “Guillermo Dávila”, en este sentido las premisas y la organización del centro permitía el ingreso de los consultantes para dar respuesta a sus demandas y necesidades; sin embargo la demanda era muy alta para el limitado número de residentes lo que generaba que las personas buscaran otras alternativas de atención para sus necesidades, y muchas veces cuando se les contactaban ya no requerían la atención.

Al igual que las otras dos sedes, la institución favoreció la libertad de acción de los terapeutas en formación con la orientación y guía de la supervisora lo cual creo que redituó en la evolución del sistema terapéutico para la satisfacción de los consultantes y equipo terapéutico. Sin embargo en la relación que establecimos con la supervisora, constantemente tuvimos que hacer adaptaciones debido a que por momentos se tenían puntos de vista diferentes acerca del proceso y a veces parecía difícil poder integrarlos de tal forma que tuvieran lógica para todos los implicados (terapeutas, equipo terapéutico, consultantes y supervisora).

En algunos casos las premisas del modelo sistémico no tuvieron resonancia o influencia en la ideología de los consultantes, por ejemplo porque esperaban que nosotros como terapeutas fuéramos a resolver sus dilemas sin esfuerzo o compromiso de su parte, lo que se vio reflejado en la deserción a las consultas en las primeras sesiones o en un momento intermedio durante el proceso de la terapia.

De acuerdo con Troya y Auron (1988), la familia consultante puede cumplir funciones diferentes para instituciones diferentes, así como es diagnosticada y atendida de maneras diversas y aún contradictorias por profesionistas de campos distintos o del mismo campo pero con marcos teóricos o posiciones disímiles; por tanto es importante concientizar dentro de qué contexto o visión se aborda un caso para una intervención responsable. Finalmente para estas mismas autoras, la responsabilidad de sistema terapéutico total es con la familia consultante y debe privilegiarse, si es necesario, la eficacia terapéutica por sobre el entrenamiento o los compromisos y lealtades institucionales diversas. Pude observar que en cada sede en la que participe la prioridad fueron los consultantes y más que la eficacia terapéutica o la aplicación adecuada de los modelos, se buscaba ofrecer resultados satisfactorios para los consultantes o que ellos encontraran alternativas para sus diferentes dilemas de consulta, en muchos casos se logró esto y en otros no tanto, debido a las diferentes situaciones que intervienen en un contexto terapéutico

que como diría Bertrando (2011) son movimientos recursivos interminables a los que hay que poner ciertos límites contextuales para no perdernos.

En conclusión, cada uno de los sistemas tiene una organización con su propio conjunto de normas, constructos y objetivos. Situándose desde la perspectiva sistémica, cada organización matiza el trabajo que se hace en la misma; esto se basa en que desde dicha perspectiva cada sistema influye y a su vez es influido por los demás.

### **2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.**

El formato de trabajo que se utilizó en todos los escenarios en los que participe fue similar al propuesto por el Modelo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978) Cada sesión se desarrolló en cinco partes:

**1) la pre-sesión:** los terapeutas se reúnen en equipo para leer la entrevista Telefónica o el acta precedente, discuten posibles hipótesis y líneas de trabajo.

**2) la sesión:** tiene duración variable generalmente cerca de una hora. Durante la entrevista con la familia, los terapeutas solicitan información y se interesan no solo por los datos concretos sino también en el modo como se suministra esta información. Los terapeutas tienden a provocar interacciones entre los miembros de la familia, de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales etc. En las sesiones los terapeutas se abstienen de admitir valoraciones y juicios, inducir respuestas o interpretar la información que proporciona la familia.

**3) la discusión de la sesión:** antes de finalizar la sesión el terapeuta hace una pausa y se reúne con el equipo tras el espejo unidireccional. Los terapeutas, los observadores y el supervisor discuten la sesión y deciden cómo concluirla.

**4) la conclusión de la sesión:** el terapeuta vuelve con la familia para la conclusión de la sesión que consiste generalmente en un mensaje, breve comentario o en una prescripción o tarea. Ese comentario o esa prescripción se estudian para que resulten eficaces.

**5) el acta de la sesión:** en los primeros semestres se organizó un rol en el que se iban rotando la realización de actas de tal forma que las transcripciones y el análisis de las sesiones de cada familia la iba realizando cada día un miembro diferente del equipo de observadores, esto permitía que

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
 MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

todos tuvieran un compromiso no solo con la familia que atendían sino con cada una de las que asistían al servicio y que todos estuvieran al tanto de cada uno de los casos. Posteriormente cada terapeuta realizaba el acta y reporte de su sesión.

**Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**

A este centro se nos incorporó como terapeutas desde el primer semestre de la formación. Nuestra labor comenzó con la petición de solicitudes al centro, para hacer el primer contacto telefónico y acordar una cita con las familias. Una vez hecho esto, la solicitud quedaba a resguardo del terapeuta a cargo, para que solicitará al centro el número de expediente y de esta manera se registrara la asignación del paciente, quedando además con la responsabilidad de ir actualizando el expediente conforme fuera avanzando el proceso. Una vez concluido el proceso terapéutico, la responsabilidad del terapeuta a cargo consistió en llenar los formatos de finalización de proceso (alta o baja), presentarlos a la coordinación del centro, con la firma del terapeuta y el supervisor a cargo, anexando al expediente completo del caso. Mi participación en los procesos de atención fue variada, en algunas ocasiones fui terapeuta responsable en coterapia con algún compañer@ de la residencia, fui equipo terapéutico detrás del espejo y durante las sesiones trabajadas desde los modelos posmodernos también me desempeñe como equipo reflexivo.

Se atendieron un total de 22 casos durante la formación, en los cuales participe en 4 como coterapeuta responsable y en 18 como equipo terapéutico (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Casos atendidos durante la Maestría en Terapia familiar en el Centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.**

Núm. De caso	Problemática	supervisor	Modelo de atención	Modalidad de la terapia	Núm. De sesiones	Terapeuta	Participación	Estado final
01	Problemas familiares	Miriam Zavala	Modelo de soluciones	Familiar	5	Mariana O, Laura, Joan y Raúl	Coterapia	Alta
02	Problemas familiares chica que se va a Estados Unidos	Luz María Rocha	Modelo estratégico	Individual	5	Raúl Reducindo y Lucelena Nava	Coterapia	Baja por cambio de residencia
03	Problemas de pareja	Raymundo Macías	Modelo dinámico sistémico integrativo	Pareja	6	Mariana Ortiz y Raúl Reducindo	Equipo terapéutico	Alta
04	Problemas de pareja	Gerardo Reséndiz	Modelo de Milán	Pareja	2	Raúl Reducindo y Mariana Ortiz	Coterapia	Baja por abandono
05	Problemas de padres con	Nora Rentería	Narrativo	Familiar	15	Abraham Islas, retoma	Equipo y Terapeuta	Baja por abandono



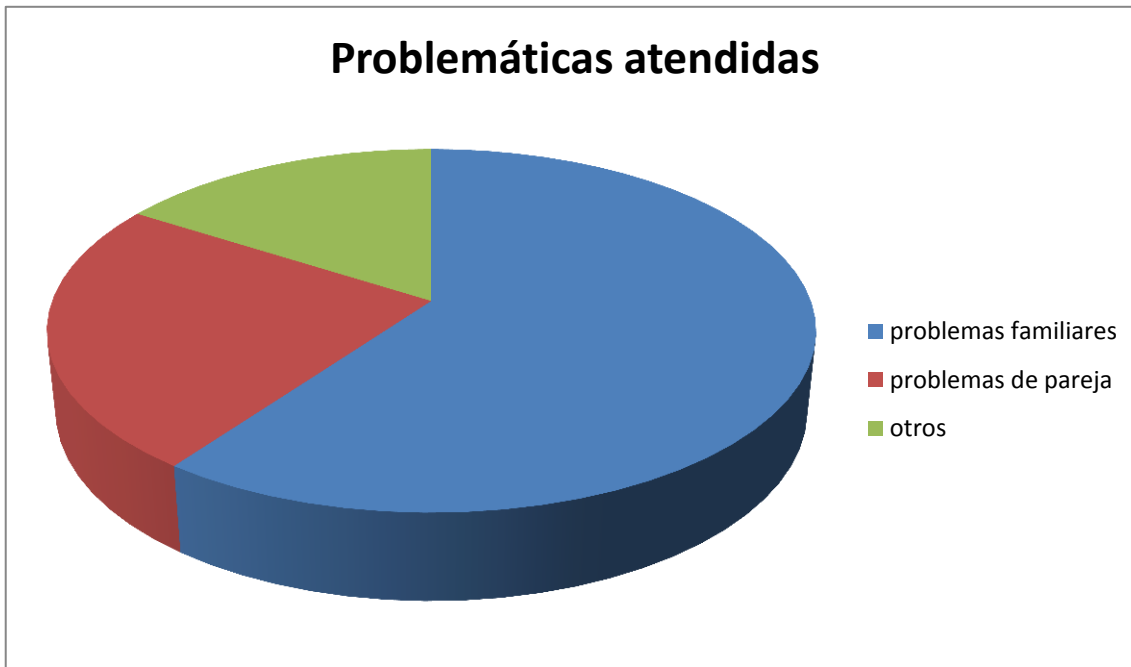
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

	hijos adolescentes					el caso Raúl Reducindo		
06	Ansiedad y deserción escolar	Carolina Díaz Walls	Modelo estructural	Individual	9	Jessica Mendoza	Equipo terapéutico	Baja por abandono
07	Problemas entre padres e hijas	Luz María Rocha	Modelo estratégico	Familiar	6	Jessica Mendoza y Joan Le Turq	Equipo terapéutico	Baja por abandono
08	Problemas de pareja y familiares	Gerardo Reséndiz	Modelo de Milán	Pareja y familiar	13	Jessica Mendoza y Gerardo Reséndiz	Equipo terapéutico	Alta
09	Problemas familiares autolesión	Miriam Zavala	Modelo de soluciones	Familiar	5	Jessica, Mariana, Giovanni y Oscar	Equipo terapéutico	Alta
10	Hijo mayor con deserción escolar	Erika Gutiérrez	Terapia breve	Familiar	6	Mariana Cervantes	Equipo terapéutico	Alta
11	Problemas entre padre e hija	Raymundo Macías	Modelo dinámico sistémico integrativo	Familiar	6	Mariana Cervantes y Giovanni Martínez	Equipo terapéutico	Baja
12	Problemas de pareja	Raymundo Macías	Modelo dinámico sistémico integrativo	Pareja	7	Mariana Cervantes y Oscar Arvizu	Equipo terapéutico	Alta
13	Duelo por el fallecimiento del padre	Jacqueline Fortes	Modelo construccionista social	Familiar	3	Mariana Cervantes	Equipo terapéutico	Baja por abandono
14	Problemas entre padres e hijos	Carolina Díaz Walls	Modelo estructural y de Milán.	Familiar	30	Laura Mancera	Equipo terapéutico	Alta
15	Problemas entre madre e hija: anorexia y autolesión.	Carolina Díaz Walls	Modelo de Milán.	Familiar	15	Joan Le Turq	Equipo terapéutico	Alta
16	Problemas de pareja	Luz María Rocha	Modelo estratégico	Pareja	15	Oscar y Gabriela	Equipo terapéutico	Alta
17	Problemas entre padres e hijo con discapacidad	Raymundo Macías	Modelo dinámico sistémico integrativo	Familiar	12	Abraham Islas y Lucelena Nava	Equipo terapéutico	Alta
18	Adolescente con problemas con sus pares	Erika Gutiérrez	Terapia breve	Individual	6	Oscar Arvizu	Equipo terapéutico	Baja por abandono
19	Problemas entre madre e hijo	Gerardo Reséndiz	Modelo de Milán	Familiar	3	Joan Le Turq y Laura Mancera	Equipo terapéutico	Baja por abandono
20	Problemas de padres con adolescentes	Nora Rentería	Colaborativo	Familiar	4	Laura Mancera	Equipo terapéutico	Baja
21	Problemas de relaciones con sus pares	Nora Rentería	Narrativo	Individual	6	Lucelena Nava	Equipo terapéutico	Baja
22	Problemas de pareja y en la crianza	Nora Rentería	Narrativo/ Colaborativo	Individual	18	Mariana Ortiz	Equipo terapéutico	Alta

Se encontraron 25 problemáticas de las cuales 60% fueron problemas familiares, 24% problemas de pareja y 16% problemas varios (ver gráfico 1.1).

Gráfico 1.1. Problemáticas atendidas



Como resultados de los procesos terapéuticos obtuvimos el 50% de altas terapéuticas y un 50% de Bajas debido a diversas causas (ver gráfico 1.2).

Gráfico 1.2. Resultados de la terapia



### Centro comunitario de atención psicológica “los Volcanes”

A este centro comunitario nos incorporamos a partir del segundo semestre de la formación. Nos integramos sólo cuatro personas (2 hombres y 2 mujeres), en un principio participábamos en las sesiones de las compañeras más avanzadas de la Maestría como equipo terapéutico y después nos fueron asignando paulatinamente casos en coterapia entre nosotros y con las compañeras más avanzadas. Esto también lo realizamos con los compañeros de semestres anteriores que se fueron integrando al centro, participábamos como coterapeutas y equipo terapéutico. La peculiaridad de este centro es que los espacios asignados para la atención se carecía de una Cámara de Gesell por lo que la supervisión y el equipo terapéutico permanecían en el mismo espacio, en este sentido la participación como equipo terapéutico y como coterapeuta era de mayor compromiso y de intensidad tanto emocional como cognitiva. De igual manera la supervisión en el mismo espacio resultó de mayor compromiso e intensidad, debido a que en ocasiones la supervisora intervenía

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
 MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

durante las sesiones con los consultantes facilitando de alguna forma el proceso y abriendo posibilidades de trabajo en momentos de confusión o desconcierto.

Parte de las actividades que también hicimos fue elaborar e integrar las notas subsecuentes de las sesiones al expediente del caso, revisadas previamente por la supervisora de la sede la Mtra. Rosario Muñoz Cebada.

Se atendieron 9 casos en los que participe como terapeuta o coterapeuta responsable en 7 y como equipo terapéutico en 2 (ver tabla 2).

**Tabla 2. Casos atendidos durante la Maestría en Terapia familiar en el Centro comunitario de atención Psicológica “los Volcanes”.**

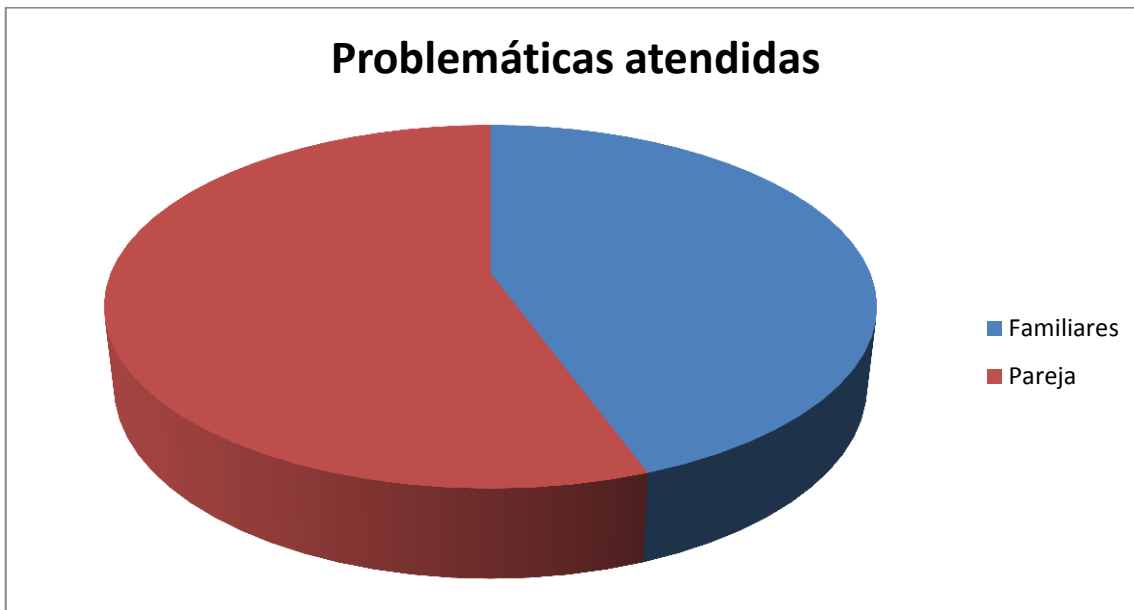
Núm. De caso	Problemática	supervisor	Modelo de atención	Modalidad de la terapia	Núm. De sesiones	Terapeuta	Participación	Estado final
01	Problemas de la madre con hijo adolescente	Rosario Muñoz	Modelo de soluciones	familiar	15	Raúl Reducindo y Laura Mancera	coterapia	Alta
02	Problemas de pareja	Rosario Muñoz	Sistémico	pareja	3	Raúl Reducindo y Noemi Kumúl	coterapia	Baja por abandono
03	Violencia física , psicológica y económica en pareja	Rosario Muñoz	Modelo soluciones y Milán	pareja	6	Raúl Reducindo	terapeuta	Baja por abandono
04	Problemas sexuales en pareja	Rosario Muñoz	Modelo soluciones y Milán	pareja	7	Raúl Reducindo y Laura Mancera	coterapia	Alta
05	Problemas de violencia y conducta de hijos adolescentes	Rosario Muñoz	Modelo soluciones, Milán y equipo reflexivo	familiar	7	Raúl Reducindo y Artemisa Virgen	coterapia	Baja por abandono
06	Problemas de Pareja	Rosario Muñoz	Modelo Soluciones y Milán	familiar	10	Raúl Reducindo	terapeuta	alta
07	Problemas de infidelidad en pareja	Rosario Muñoz	Modelo soluciones y Milán	individual	1	Raúl Reducindo	terapeuta	Baja por abandono
08	Problemas de relación padres e hijos adolescentes y	Rosario Muñoz	Modelo de Milán	familiar	15	Noemi Kumúl y Lucelena Nava	Equipo terapéutico	Alta

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

	etapa escolar							
09	Problemas de padres con los hijos en el manejo de autoridad y establecimiento de límites	Rosario Muñoz	Modelo de soluciones y terapia breve enfocado a los problemas	Familiar	12	Paula Bautista	Equipo terapéutico	Alta

Se encontraron 9 problemáticas de las cuales 44.44% fueron problemas familiares y 55.55% problemas de pareja (ver gráfico 2.1).

**Gráfico 2.1. Problemáticas atendidas**



Como resultados de los procesos terapéuticos obtuvimos el 55.55% de altas terapéuticas y un 44.44% de Bajas debido a diversas causas (ver gráfico 2.2).

Gráfico 2.2. Resultados de la terapia



### Centro comunitario “Dr. Julián Mc Gregor”

Nuestra participación en este centro comenzó en el tercer semestre de la formación. El objetivo primordial para colaborar en otra sede clínica, fue que se trabajara con una población diferente de la que se recibía en el centro de servicios de la facultad. Dadas las limitaciones de espacio y de tiempo El grupo de formación se dividió en dos grupos para asistir cada quince días a la sede. Una vez que la Dra. Noemí Díaz nos proporcionó la información pertinente acerca del funcionamiento del centro a su cargo, se nos mostró la lista de familias en espera para que fueran contactadas y citadas en los horarios asignados. A partir de este momento, nuestra participación en los procesos de atención, consistió en ser coterapeutas responsables o parte del equipo terapéutico observando la sesión a través de un monitor.

Por otro lado se elaboraron y se integraron las notas subsecuentes de cada caso en el expediente correspondiente con el visto bueno de la supervisora.

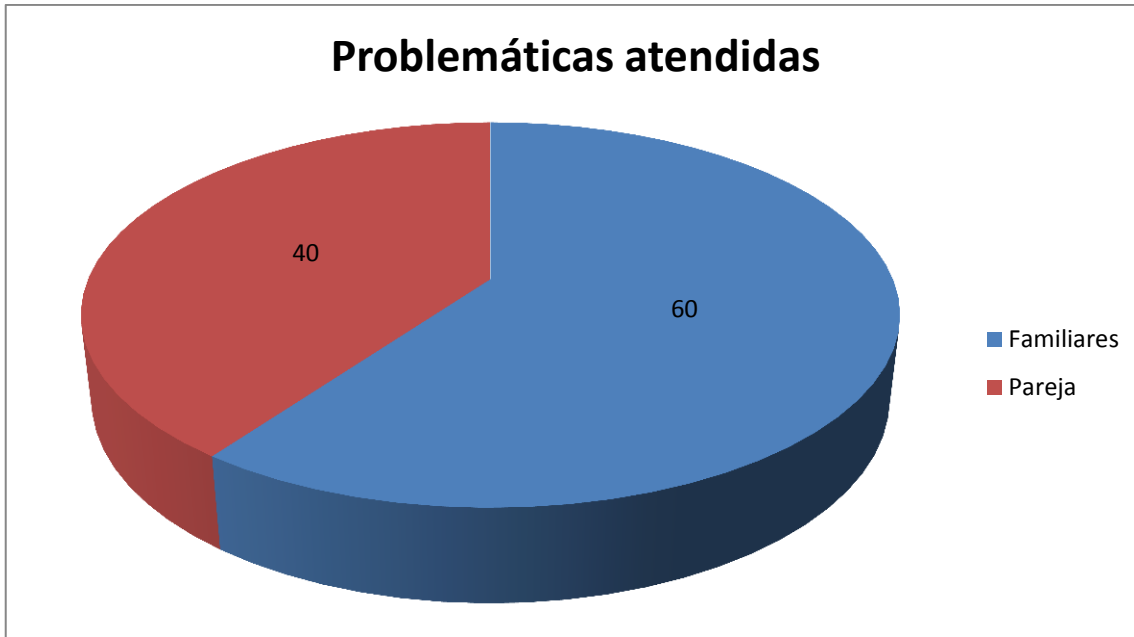
Se atendieron 4 casos, 2 en donde participe como coterapeuta y 2 como equipo terapéutico.

**Tabla 3. Casos atendidos durante la Maestría en Terapia familiar en el Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor”.**

Núm. De caso	Problemática	supervisor	Modelo de atención	Modalidad de la terapia	Núm. De sesiones	Terapeuta	Participación	Estado final
01	Relación problemática de la madre con sus hijas y pareja	Noemí Díaz	Sistémico	Familiar	12	Mariana Cervantes y Raúl Reducindo	coterapia	Alta
02	Problemas con la familia extensa de la madre	Noemí Díaz	Sistémico	Familiar	5	Mariana Cervantes y Raúl Reducindo	coterapia	Baja por abandono
03	Problemas de pareja	Noemí Díaz	Sistémico	Individual	6	Jessica Mendoza y Abraham Islas	Equipo terapéutico	Baja por abandono
04	Problemas entre padres e hijos	Noemí Díaz	Sistémico	Familiar	15	Mariana Ortiz y Lucelena Nava	Equipo terapéutico	Alta

Se encontraron 5 problemáticas de las cuales el 60% fueron problemas familiares y 40% problemas de pareja (ver gráfico 3.1).

Gráfico 3.1 Problemáticas atendidas



Como resultados de los procesos terapéuticos obtuvimos el 50% de altas terapéuticas y un 50% de Bajas debido a diversas causas (ver gráfico 3.2).

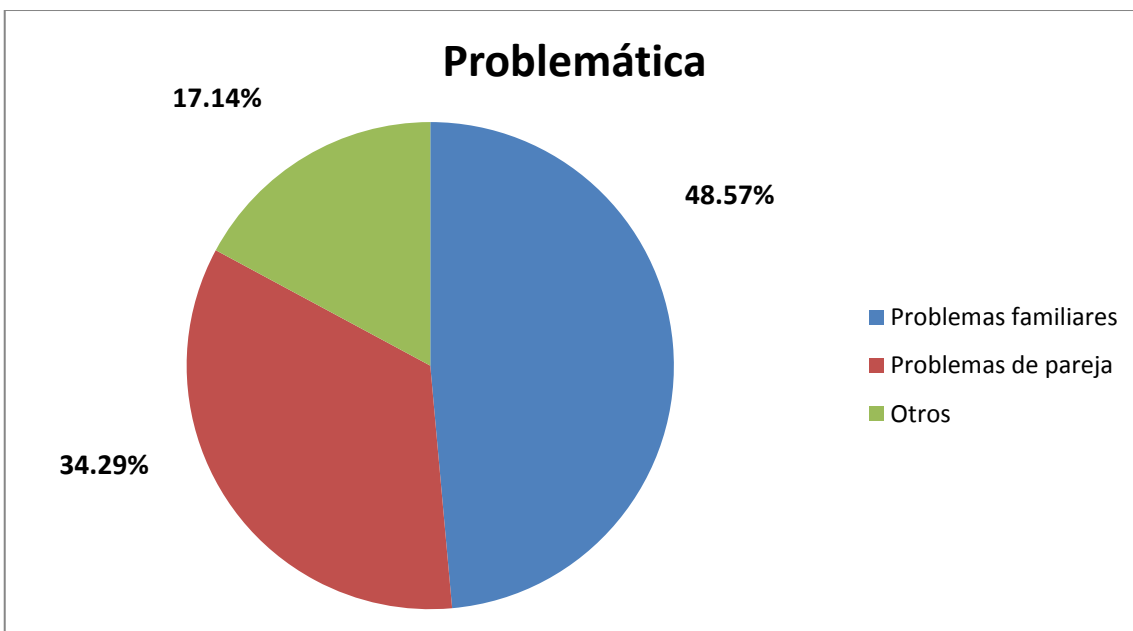


Gráfico 3.2. Resultados de la terapia



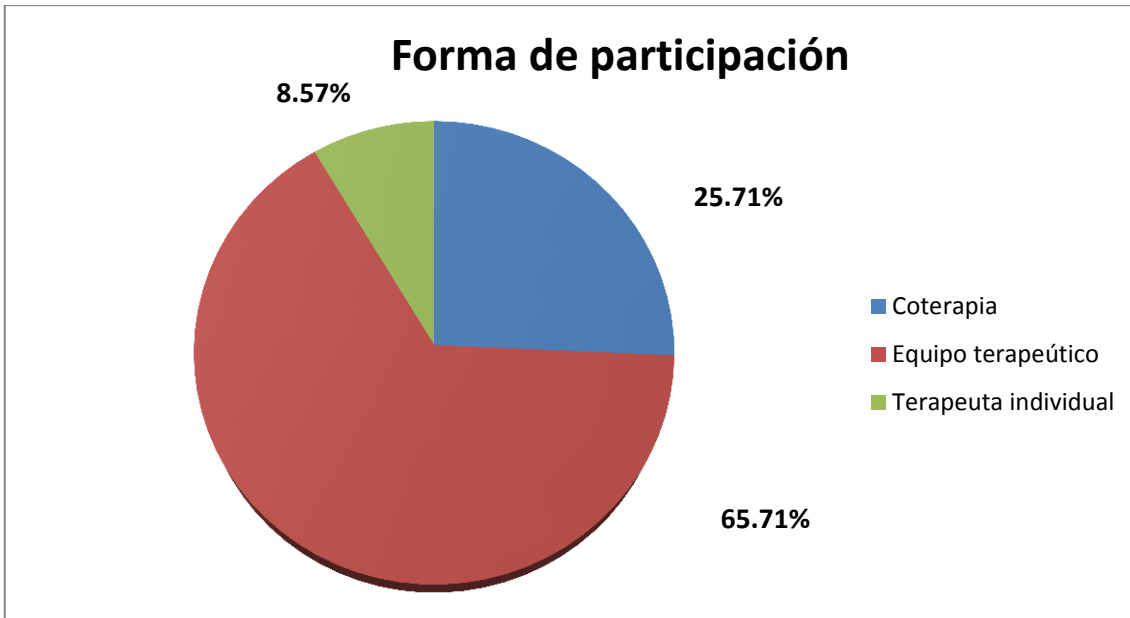
En total se atendieron 35 casos en las tres sedes en las que participe durante la formación como Terapeuta Familiar. El 48.57% fueron problemas familiares, el 34.29% problemas de pareja y el 17.14% fueron clasificados como otros.

Gráfico 4. Tipo de problemática.



Como terapeuta o coterapeuta responsable atendí un total de 13 casos en las tres sedes, en donde me desempeñe como equipo terapéutico en un 65.71%, como coterapeuta en 25.71% y como único terapeuta en un 8.57%.

Gráfico 5. Forma de participación.



Del total de los casos atendidos el 57.14% fue terapia familiar, el 22.85% terapia de pareja y el 20% terapia individual.

Los consultantes atendidos en las tres sedes el 51.42% fueron Altas terapéuticas porque se concluyeron de manera satisfactoria los objetivos de los consultantes y el 48.57% fueron Bajas por diferentes motivos como el abandono del tratamiento por cuestiones de horario, limitaciones económicas, cambio de residencia o por el mismo tratamiento.

Gráfico 6. Resultado de la terapia.



## *Capítulo II. Marco teórico*

*“...el hablar con los clientes es una intervención. La intervención dura toda la sesión, por eso es incorrecto hablar de intervención final, como si el resto de la conversación no hubiera tenido efectos...”*

*Cecchin*

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

En esta sección se analizará el marco teórico de los diferentes enfoques de la Terapia Familiar sistémica y posmoderna. Se partirá de los postulados epistemológicos comunes a todas ellas, para posteriormente describir los principios teórico- metodológicos de los modelos de intervención (modelos Estructural, Estratégico, Terapias Breves orientadas a problemas y soluciones, de Milán y modelos derivados del posmodernismo, terapia narrativa, colaborativo y equipos reflexivos).

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

La Terapia familiar Sistémica ha tenido tres ejes rectores bajo los cuales los primeros investigadores del área empezaron a formular sus hipótesis. Los ejes rectores son: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. La terapia narrativa y los enfoques posmodernos aunque reconocen la influencia de estos modelos se han movido en su epistemología de psicoterapia hacia el posmodernismo, el constructivismo y el construccionismo social. Muchos de los primeros modelos de terapia familiar también han sido influidos por estas últimas perspectivas. En este sentido, se revisarán las teorías anteriormente descritas y su impacto dentro de la Terapia Familiar.

#### **Teoría General de los Sistemas**

La Teoría General de los Sistemas (TGS), fue integrada y propuesta por el biólogo alemán, Ludwing Von Bertalanffy (1901-1972) a finales de los años treinta, aunque sus primeras publicaciones aparecieron una década después. La teoría parte de una noción muy simple de sistema, que es definida por Bertalanffy como un conjunto de elementos en interacción.

La TGS es una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los “sistemas” (Bertalanffy, 1984); el objetivo principal estaba enfocado en diseñar una teoría general de la organización y aunque esto parecía un proyecto ambicioso, su mayor aportación fue el concebir y proponer que una gran cantidad de fenómenos y

procesos podían ser vistos como sistemas, es decir, como totalidades interconectadas y con una meta (Molina, 2001).

El concepto de sistema se refiere a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de sus partes, dando lugar a una entidad distinta. De esta manera, podemos describir realidades que pueden ser entendidas como si fuesen sistemas y descubrir entonces sus características e interacciones entre sus partes. Cabe señalar, que la delimitación del sistema será arbitraria, pues dependiendo de nuestras necesidades construiremos nuestro sistema puntualizando de igual forma la amplitud o estrechez con que podrá ser utilizado.

Bertalanffy (1984) plantea que existen dos tipos diferentes de sistemas: *abiertos* y *cerrados*. Los *sistemas cerrados*, se consideran sistemas que están aislados del medio circundante, pues no intercambian información ni energía con su entorno y están sujetos a la segunda ley de la termodinámica que se refiere a que los sistemas acumulan *entropía* que es la tendencia de un sistema a deteriorarse, desde un estado muy organizado, diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable indiferenciado y caótico, en este caso, los sistemas cerrados, desde que se crean inician su deterioro hacia su estado de máxima probabilidad, en otras palabras, inician su deterioro ya sea rápido o lento, pero este es inevitable.

Los *sistemas abiertos* acumulan *entropía*, pero en cambio intercambian también energía e información con su entorno, hacen transacciones, envían y reciben mensajes, la información que reciben es *neguentrópica*, esto es, al contrario que la *entropía* que lleva al desorden, la *neguentropía* lleva a niveles superiores de organización, los sistemas vivos y los sistemas sociales son abiertos, lo que les permite no sólo deteriorarse, sino desarrollarse, ser más complejos, pues no mantienen un estado de equilibrio constante (Bertalanffy, 1984). Las familias son ejemplo de sistema abierto que intercambia información con su entorno, la información que ingresa la desequilibra, produce crisis, pero gracias a ese desequilibrio a esas crisis, logra crecer y alcanzar estados superiores de desarrollo. Por otra parte, podemos identificar en los sistemas abiertos diferentes propiedades, entre las que se encuentran:

**Totalidad que** se refiere a que el sistema trasciende con amplitud las características individuales de los miembros que lo integran, no es una sumatoria de componentes sino que posee una complejidad y una originalidad propias; todo cambio de una de las partes afecta a todas las demás, influye sobre ellas y hace que todo el sistema pase a ser diferente a lo que era antes, así mismo el cambio en la totalidad afecta a todas las partes.

**Equifinalidad** hace referencia a las modificaciones que se producen dentro de un sistema a través del tiempo, en donde los resultados (entendidos como modificaciones pasado un tiempo determinado) no son provocadas por las condiciones iniciales sino por la naturaleza del proceso, razón por la cual los mismos resultados pueden tener diferentes orígenes (Eguiluz, 2001).

**Equicausalidad**, hace referencia a que una misma condición inicial puede dar origen a estados finales distintos, cada sistema evoluciona de acuerdo a su propia coherencia interna (Eguiluz, 2001).

**Reglas de relación** señala que dentro de un sistema se presentan reglas que definen la relación entre los componentes del sistema, de tal forma que las unidades que se vinculan entre sí producen un cambio de una unidad que modifica a las otras y éstas a su vez a la unidad inicial y así sucesivamente (Andolfi, 1985).

**La retroalimentación**, es la base de la circularidad característica de los procesos interactivos, la información que va del emisor al receptor implica una información posterior de retorno (feedback), que puede tener dos efectos, 1) hace que se logre y mantenga la estabilidad (homeostasis) del sistema y es, por tanto negativa (no hay cambio) o 2) es positiva y provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, favoreciendo el cambio. La retroalimentación positiva explica el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema, la retroalimentación negativa tiene como función el control y mantenimiento del equilibrio interno del sistema, insertando en él, el elemento del tiempo.

**Teleología**, es el proceso a través del cual los sistemas se adaptan a las distintas exigencias de los diferentes estadios del desarrollo, por los que atraviesa a fin de asegurar su continuidad y crecimiento; este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones: “*morfofostásis y morfogénesis*”. *Morfofostásis* es la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante, el mecanismo esencial que permite que el sistema lo logre son los circuitos de retroalimentación negativa (Hoffman, 1992a). *Morfogénesis*: se refiere al proceso según el cual un sistema debe modificar su estructura básica. Este concepto fue introducido en la cibernética por Maruyama (1960 citado en Hoffman 1992a). Describe un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación-amplificación, exagerando una desviación (cambio) mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en el mismo sistema (Hoffman, 1992). Estas dos funciones se articulan en un proceso complementario y dinámico. Cuando la tendencia al cambio excede los límites permitidos por el sistema, se activan mecanismos para contrarrestar esta tendencia y mantener la organización previa del sistema (Eguiluz, 2004).

Los sistemas están formados a su vez por partes o subsistemas y son partes de totalidades mayores o supersistema. Cualquier sistema es parte de uno mayor y está formado por sistemas menores, lo que lleva a una jerarquía de sistemas tanto hacia arriba como hacia abajo. En terapia familiar casi siempre, la familia es tomada como el sistema, los miembros los subsistemas y su entorno social el supersistema (Molina, 2001).

## **Cibernética**

### **Los inicios de la cibernética**

La cibernética nace de las conferencias de Macy (1946) organizadas por Gregory Bateson, Margaret Mead y Lawrence Frank. El ciclo de conferencias se llamó los “los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales” (Vargas, 2004).

Entre los principales participantes que asistieron se encuentran a Norbert Wiener y John von Neuman (matemáticos), Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No (neurofisiólogos mexicanos), Kart Lewin (psicólogo), Margaret Mead y Gregory Bateson (antropólogos). Y como algunos invitados estuvieron: Nathan Ackerman, Ross Ashby y Eric Ericsson.

Entre las principales aportaciones que se hicieron en el campo de la ingeniería, biología y el área social tenemos las siguientes (Vargas, 2004):

- ❖ Wiener y von Neuman introdujeron las diferencias entre las claves analógicas y digitales.
- ❖ Se comenzó hablar de retroalimentación positiva y negativa, de la medición de la información y de la relación de esta con el concepto de entropía.
- ❖ Se examinaron las tipologías de Russell.
- ❖ De cómo los sistemas de computación dependen de la información y no de la energía.

De esta manera varios de los conceptos anteriores fueron utilizados en el discurso de Bateson y de varios practicantes de la terapia sistémica. Watzlawick (1987) en su libro de la Teoría de la comunicación humana hace referencias a varios conceptos para describir un circuito autocorrectivo.

Y así nació el nuevo marco conceptual de referencia llamado la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas.

Con la aplicación de nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, etc) a diversos campos científicos, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas. Bateson retomó muchos de estos conceptos para plantear constructos como el “*doble vínculo*” en su investigación sobre pacientes esquizofrénicos y fue en estas conferencias donde se gestó el tipo de pensamiento que articula a la terapia sistémica (Bateson citado en Vargas, 2004).

### **Cibernética de primer orden o de los “sistemas observados”**

Sluzki (1985) menciona que la cibernética de primer orden se caracteriza por dos periodos: primera cibernética y segunda cibernética.

En un inicio diferentes terapeutas mostraron interés por explicar el funcionamiento y realidad de las familias con quienes estaban trabajando, para crear intervenciones que permitieran modificar sus pautas de interacción. Para ello, consideraban al terapeuta como un *observador externo del sistema* terapéutico con una visión objetiva, el sistema terapéutico se dividía en un observador y el sistema observado. De esta manera, identificaron los sistemas homeostáticos que buscan mantenerse en equilibrio; por ejemplo, si un miembro de la familia mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba, manteniendo un equilibrio dentro del sistema. El mecanismo involucrado en este proceso, es la *retroalimentación negativa*, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante. Este cambio, es denominado frecuentemente *cambio de primer orden*, en que los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera.

### **Segunda cibernética**

Fue Maruyama ( 1963 citado en Sluzki, 1985; Hoffman, 1992a ) quien definió la segunda etapa del pensamiento cibernético como “segunda cibernética”, se pasó del estudio de los sistemas homeostáticos a los sistemas alejados de equilibrio y en constante evolución; los sistemas son desestabilizados por las intervenciones que el terapeuta realiza, pero el sentido y amplitud de estos cambios son determinados por la propia coherencia interna del sistema, es decir, el sistema evoluciona de acuerdo a sus propias reglas y organización, el mecanismo que de alguna forma empuja al sistema hacia una nueva organización más allá de los límites actuales del sistema fue llamado *retroalimentación positiva*. De las aportaciones de la segunda cibernética se incorpora la idea de *cambios de segundo orden*, que tienen que ver con cambios en la estructura familiar, cambios en las reglas y el desarrollo de nuevos recursos para la resolución de los problemas.

### **Cibernética de segundo orden o cibernética de los sistemas observantes**

El curso de las ideas de la cibernética experimentó un cambio radical cuando la fascinación por el estudio de los procesos recursivos condujo a incluir a la misma cibernética entre los objetos de estudio.

Keeney (1994), señala que la *cibernética de la cibernética*, o lo que Von Foerster (1991) llamó *cibernética de segundo orden*, sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. Se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta, en contraste con la cibernética de primer orden de los *sistemas observados*, en donde el observador es, por así decirlo, una cámara que registra lo que ocurre afuera de él y sin rendir cuentas de su propia participación al observar.

El contexto que favoreció el desarrollo de la cibernética de segundo orden incluyó desarrollos en diferentes campos como: los principios de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein, de los epistemólogos Humberto Maturana, Francisco Varela y Jean Piaget, además de la infinidad de científicos enfocados en el estudio de la cibernética, donde el lenguaje científico



implica necesariamente un discurso de la naturaleza, sus alcances y límites del lenguaje y los procesos mentales de quien lo produce, sin olvidar el referente del discurso (Sluzki, 1985).

En la epistemología de la cibernética de segundo orden, el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de las observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera la descripción (Von Foerster, 1973; Howe & Foerster, 1974; Watzlawick, 1984, citados en Sluzki, 1985).

Con la cibernética de segundo orden, la relación entre cibernética y terapia familiar, que anteriormente consistía en un traslado de modelos, se encuentra ahora mediada por el desarrollo de una epistemología, de un marco conceptual y de una postura de respeto de las cuestiones del conocer, la verdad y la realidad. El terapeuta no es más alguien que describe al sistema “tal cual es desde afuera”, sino alguien que “co-construye el sistema del que él también es participante”, y en donde el terapeuta emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa y genera en dicha participación (Pakman citado en Von Foerster, 1991).

### **Gregory Bateson y la terapia familiar.**

Como se mencionó anteriormente Bateson retomó varios conceptos de las conferencias de Macy y las aplicó a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales. Como ejemplo de la Retroalimentación, Bateson suele citar el caso del termostato. Explica que un sistema de calefacción es controlado por un termostato, cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o apaga, haciendo volver la temperatura al intervalo dentro del cual pertenece. De esta manera el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo (Bateson, 1976).

Bateson también aplica la metáfora a los sistemas humanos y describe que el proceso de retroalimentación da la estabilidad a cualquier organización descrita. La cibernética nos sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (Vargas, 2004).

Para entender este juego de constancia y cambio se utilizó el término de Homeostasis. Así para Bateson era importante pensar de qué manera la cultura se perpetúa a sí misma. El aprendizaje no es un fenómeno de un nivel único, sino que la persona también aprende a aprender y esto influye en el nivel más amplio de la cultura y su mantenimiento.

Los puntos de vista epistemológicos más importantes de sus entrevistas aparecen en el libro que publicó junto con Ruesch (1951) “Comunicación: la matriz social de la Psiquiatría”. El análisis principal de este libro se centró en la comunicación como la matriz donde encajan todas las actividades humanas.

Puso especial énfasis en la interacción del hombre con su entorno en el sentido amplio, que se efectúa a través de la comunicación. Resaltó que en los procesos de interacción, el elemento que determina las reacciones y el comportamiento es el paso de informaciones así como los procesos que están implicados en su tratamiento. Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación, introdujo también la idea de los niveles jerárquicos del mensaje, refirió que cada mensaje contiene dos niveles: un nivel de contenido y otro de significado (Bateson, 1976).

En 1953 el grupo de Bateson comenzó a enfocarse en la práctica de la psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente, y que no hacían diferencia entre fantasía y realidad; confundían una declaración metafórica con una literal.

En 1976 Bateson y su grupo (Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1976) publican el artículo titulado “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*” que fue todo un suceso en el campo de la Psiquiatría. En el artículo se afirmaba por primera vez que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo y que era el producto de las relaciones familiares. Se rompía con la explicación tradicional que consideraba al síntoma como algo inherente al hombre, para pasar a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: la enfermedad mental empezó a considerarse dentro de procesos específicos de interacción.

En el artículo se manejaron dos principios:

1. *la familia como sistema homeostático*

En 1954 Jackson describió a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación reactivado por errores; y propuso hablar de un síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. De esta manera el sistema familiar debía ser observado de manera concreta, en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a los otros.

2. *la hipótesis del doble vínculo*

Fue planteado como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. La expresión “doble vínculo” se refirió a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico. Establecieron que una situación de doble vínculo se presenta cuando:

- ❖ Dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y o psicológica de una, varias o todas ellas.
- ❖ Cuando el mensaje está estructurado de modo que: afirme algo, afirme algo de su propia afirmación, ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes y dado el tipo de relación

que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido.

Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga acceso a metacomunicarse.

La influencia de Bateson sobre el MRI es:

- ❖ Pasar del “pasado como la causa” a la situación social presente como la causa de lo que era denominado como psicopatología.
- ❖ Pasar de pensar “en términos de una conducta inapropiada y desadaptativa que era acarreada desde el pasado” a pensar en términos de una conducta de adaptación adecuada para la situación social que vivía el paciente.

De esta manera Vargas (2004) concluye que el proyecto Bateson influye en las escuelas del centro de terapia breve del MRI y del grupo de Milán en donde se definen como Batesonianos (comunicaciones personales a Vargas 1998, 2001).

### **Teoría de la comunicación humana**

La Teoría de la Comunicación Humana articulada por Watzlawick, Beavin y D. Jackson (1995), se desarrolló a partir de la investigación realizada por Bateson, Jackson, Haley y Weakland sobre la comunicación a distintos niveles, entendida a partir del contexto en que se presenta. Los aportes de Bateson y su equipo, sentaron las bases para el trabajo que años más tarde desarrollarían Watzlawick et al. (1995) sobre la Teoría de la Comunicación Humana, y que darían pie a la consolidación de un modelo de intervención terapéutica.

Del modelo pragmático de la comunicación humana, destacan los siguientes axiomas:

1) *La imposibilidad de no comunicarse*

Existe una propiedad de la conducta que no puede pasarse por alto, no hay nada que sea contrario a la conducta, es decir, no hay no-conducta, es imposible no comportarse, así es que es imposible no comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, que influye sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a dichas comunicaciones y en consecuencia también comunican.

2) *Los niveles de contenido y relación de la comunicación*

Toda comunicación implica un compromiso y por ende define la relación. La comunicación no solo transmite información, sino que al mismo tiempo, impone conductas. En estas dos operaciones, se conocen los aspectos: *referenciales* y *conativos*. El aspecto *referencial* de un mensaje transmite información y por lo tanto la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto *conativo*, se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y en consecuencia a la relación entre los comunicantes. En este sentido la relación que existe entre los aspectos referencial y conativo: consiste en que el primero transmite los datos de la comunicación y el segundo, cómo debe entenderse dicha comunicación. Es importante señalar que la conexión existente entre los aspectos de contenido y relacionales en la comunicación, constituyen *metainformación*, debido a que es información acerca de información, y cualquier confusión entre ambas, llevaría a un resultado carente de significado.

### 3) *La puntuación de la secuencia de hechos*

La siguiente característica básica de la comunicación, se refiere a la interacción: intercambio. Para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que siguiendo a Whorf (1956, citado en Watzlawick, et al, 1997) ha sido llamado por Bateson y Jackson, la puntuación de secuencia de hechos, que tiene que ver con el recorte que cada uno de los participantes hace de los hechos, de la causalidad y de los efectos, de esta manera a decir de cada participante, cada uno podría explicar en donde comienza y en dónde termina un circuito dado de interacción, desde la manera en que cada uno lo percibe.

### 4) *Comunicación digital y analógica*

Este axioma, hace referencia a que existen dos tipos de comunicación: una de semejanza auto-explicativa (*comunicación analógica*) y otra mediante palabras (*comunicación digital*). Recordemos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, cabe suponer que ambos modos de comunicación no solo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje, de esta manera, el aspecto relativo al contenido de un mensaje se transmite en forma *digital*, mientras el aspecto relativo a la relación, es de naturaleza *analógica* (conducta no verbal). Cabe mencionar que mientras el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica, sumamente 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.

### 5) *Interacción simétrica y complementaria*

Puede describirse a estas como interacciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En la *interacción simétrica* los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en la *interacción complementaria* cada uno de los participantes complementa la interacción del otro, uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria y el otro la inferior o secundaria. Cabe señalar que estos términos no hacen referencia a uno sea mejor que el otro,

o que se les identifique como “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”, en una relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella, sus definiciones de la relación encajan. Así la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

El modelo pragmático de la comunicación humana está desarrollado sobre la base del estudio de la interacción que se da entre los seres humanos, y de alguna forma viene a reemplazar al modelo en que se planteaba la comunicación como una serie de elementos encadenados de forma causal o mecánica, se trataba de un modelo de comunicación basado en las condiciones ideales, con un emisor que transformaba el mensaje en señales, un canal que es el medio para transportar las señales, un receptor que es el destino a quien va dirigido el mensaje y que construye el mensaje a partir de las señales que recibe. El ruido era la principal fuente de interferencia del mensaje durante su transmisión (Watzlawick et al, 1995).

### **Modernidad y posmodernidad**

La modernidad es el periodo cultural que se inicia en torno al año 1550 con el descubrimiento del nuevo mundo, la reforma, la revolución científica y concluye en el siglo XX con la crisis de la ciencia clásica, las dos guerras mundiales, las descolonización, el desarrollo de nuevas tecnologías, la aparición de la sociedad de masas y una cultura refractaria a las grandes ideas de la ilustración (Molina, 2008).

Roa (1995) explica una serie de convicciones que constituyen lo llamado moderno, palabra que popularizo Juan Jacobo Rousseau:

- a) La creencia absoluta en la exclusividad de la razón para conocer la verdad, debiéndose sospechar de todo conocimiento venido de la fe, de la tradición, de la mera intuición no comprobada.
- b) La aspiración a que tales conocimientos se traduzcan a fórmulas de tipo físico-matemático, que cualquiera puede comprender fácilmente y que por eso mismo marquen el máximo de **objetividad**, pues todo lo meramente subjetivo es desechable por ajeno a lo real que a su vez es lo común a todos los hombres.
- c) El concepto de lo real no solo es lo susceptible de matematizarse, sino también de ser comprobable experimentalmente según métodos rigurosos.
- d) El postular la libertad incondicionada del hombre para regir su destino. El concepto de autonomía, de darse cada hombre sus propias normas éticas, será fundamental.
- e) El creer que la infelicidad humana deriva hasta ahora del empañamiento de la razón –entre ellas las creencias religiosas-.

- f) La creencia en la superioridad absoluta del hombre por sobre todos los otros seres de la creación.
- g) El pensar que la democracia es la forma mejor de construir una sociedad para seres de esta clase.

La llamada posmodernidad comienza en 1970, después de finalizado el movimiento estudiantil de París en 1968, que sería la última de las utopías modernas (Roa, 1995).

Por otro lado Molina (2008) refiere un parteaguas simbólico de la modernidad, el año de 1900 en el que muere Nietzsche, uno de sus más duros críticos, con la muerte de Dios y la razón, y con ello el surgimiento de lo irracional, la fe en el progreso comenzó a debilitarse.

Roa (1995) define también algunas características de la posmodernidad:

- a) Pérdida de vigencia de las ideologías, de los metarrelatos y de todo interés por lo teórico, por lo ajeno a la utilidad inmediata.
- b) La realidad para el posmoderno pierde su valor de uso, para convertirse en mero valor de cambio, similar al dinero, en algo que vale en la medida que pueda ser cambiado por otra cosa.
- c) En la ética, preocupa solo la casuística, resolver en acuerdo al buen sentido o a la opinión mayoritaria cualquier situación concreta, dejando el análisis de principios y teorías. Se aceptan todas las posiciones sin necesidad de justificarlas con rigor racional.
- d) Búsqueda primaria de lo hedónico, sin considerar las consecuencias remotas de lo que se hace.
- e) Percepción de la realidad en superficie, donde el límite de todo aparece difuminado, no interesan ya concepciones globales sobre qué es el hombre o el mundo.
- f) Poco respeto por la vida en sí, ya no se mira como sagrada, sino más bien bajo el aspecto de proporcionar agrados y placeres. La vida humana vale sólo si tiene calidad de ser gozada.
- g) La meta de la existencia no es su realización heroica, sino su trivialización el dejar transcurrir el tiempo sin mayores preocupaciones.
- h) La clásica diferencia entre sujeto-objeto se esfuma, el supuesto objeto creado se vuelve sobre el sujeto creador y lo influye por dentro, recreándolo en cierto sentido.
- i) Con la desaparición del sujeto-objeto, que partía de la base del objeto de investigación era una realidad con su propia identidad, la realidad empieza a volatizarse y a perder sus contornos. La realidad es impregnada por la fantasía.

El proyecto posmodernista abandona la fe que se tenía puesta en la modernidad, esto es, en que el progreso tecnológico y humano se daría por la acomodación de conocimiento legítimo. El posmodernismo rechaza la idea de un universo cognoscible y señala la presencia de realidades divergentes (multiversos, en vez de universos), constituidas socialmente y situadas históricamente, en síntesis, reconocía que no existía un solo tipo de conocimiento verdadero sino que existían conocimientos locales.

Explica también que, aunque no podemos aspirar a un conocimiento universalmente válido del mundo real, podemos usar los símbolos de nuestro contexto para teorías viables o ficciones útiles que nos permitan negociar nuestro mundo real. Con esto, el uso del lenguaje resulta prioritario para la construcción de realidades, lo que da pie a hablar del constructivismo.

### **Constructivismo**

El constructivismo es considerado como una escuela del pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolucionista, postula que un organismo es incapaz de reconocer, describir o copiar la realidad y solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella. El modelo o mapa que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente obedece a principios evolutivos de selección (Simon, Stierlim y Wynne citados en Limón, 2005).

Para Lynn Hoffman (1989, p.42) citando a Ernest von Glasersfeld “el constructivismo sostiene que la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que realmente está allá afuera”. De esta manera la postura epistemológica constructivista se basa en la afirmación de que las personas operan de acuerdo con una representación, o un mapa que construyen la realidad, pero un mapa no es el territorio, puede ser más o menos útil según su adecuación, pero no es más que una descripción del territorio en términos del observador (Feixas y Villegas, 2000).

Hoffman (1989), desde el punto de vista del enfoque sistémico constructivista, considera los siguientes supuestos:

- No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados. Cambiar el foco de la conducta a la idea; el interés no se centra en los sistemas intrapsíquicos, sino en las personales y colectivas.
- El terapeuta mantiene una posición de neutralidad, pluralidad o multipartialidad; esto significa que intenta encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema más allá de que le gusten o repugnen, lo cual también nos conduce a una neutralidad.
- Se da una relativa ausencia de jerarquías. La opinión del terapeuta es considerada como una más en la conversación, puesto que no existe una interpretación más verdadera que otra de la realidad.

Desde una posición constructivista la realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida. No se tiene acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género. Además, hay que tener en cuenta los límites que nos confiere la organización del sistema nervioso de nuestra especie.

Existen diversas posiciones respecto de la manera en que construimos nuestras representaciones del mundo; tal es el caso de constructivismo radical y el construccionismo social que son base importante del enfoque sistémico, especialmente en la psicoterapia.

*El constructivismo radical*, no niega la existencia de una realidad física ontológica (objetiva); lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad (conocimiento). Al señalar que los conceptos no tienen una conexión icónica o representacional con nada que pueda “existir” fuera del sistema que conoce. La realidad surge a partir de las estructuras perceptuales y cognitivas relativamente duraderas del conocedor (Lyddon, 1998).

Von Glasersfeld (2000), señala que el constructivismo radical, desarrolla una teoría del conocimiento en la que el conocimiento ya no refleja una realidad ontológica, sino exclusivamente un ordenamiento y una organización del mundo constituida por nuestra experiencia.

### **Construccionismo social**

En los años 80 el construccionismo social empezó a delinearse con un estrecho vínculo conceptual dentro del campo de la filosofía y de la sociología, las particularidades se desarrollaron en la psicología social (Limón, 2005).

En sus inicios esta nueva perspectiva produjo cierta confusión por su similitud fonética con el constructivismo, así Hoffman (1992) señalaba que estas dos posiciones tenían un terreno común porque ambas se oponen a la idea “modernista” de que existe un mundo real que puede conocerse con certeza objetiva. El construccionismo social cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del *intercambio social y son mediados por el lenguaje*.

Según Gergen (1996, citado en Pineda, 2004) la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto, y los supuestos para una ciencia construccionista social son:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos de tales descripciones.
- Los términos y formas mediante los cuales comprendemos el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturales.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- El significado es un derivado del uso social.
- Apreciar formas existentes de discurso, es evaluar patrones de vida cultural.

Dentro de las muchas implicaciones para la psicoterapia, que se pueden evidenciar del constructivismo y construccionismo social, están (Neimeyer y Mahoney, 1998):



*Las personas:*

- Conceptualización de los seres humanos como teóricos incipientes o narradores de su experiencia (los seres humanos son narradores de historias).
- Se percibe a la persona como un científico que formula y revisa hipótesis, por tanto no hay ideas irracionales sino que todas tienen una naturaleza funcional.
- Buscan terapia cuando están sujetos a una narrativa dominante que incapacita, limita o niega su persona.

*La psicoterapia:*

- Promueve la creación de significados. Identifica y reformula las metáforas de la narrativa del cliente.
- La terapia se entiende como una reconstrucción narrativa.
- Se entiende como una reescritura biográfica de las historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes y que requieren de una elaboración significativa.
- La aproximación terapéutica es solo una de las posibles maneras de ver las dificultades de la gente.
- El cliente es experto en su vida y el terapeuta es experto en la conversación.
- Las historias del cliente pueden ser más o menos útiles que las del terapeuta, pero no más o menos verdaderas.

*El terapeuta:*

- Actúa como director de la conversación para co-construir una nueva historia con la familia que tenga coherencia y que sea relevante para los que luchan alrededor del problema.
- Desarrolla métodos de investigación novedosos y abundantes en la psicoterapia que comparten un interés común por la reconstrucción del significado.
- Puede usar diferentes modelos de psicoterapia, en tanto sean coherentes con el constructivismo y el construccionismo social, y al final de cuentas, con la misma persona con quien crea esta realidad, pero entendiendo las limitaciones implícitas.
- Cuestiona sutilmente los acuerdos mantenidos en el lenguaje que solidifican las relaciones familiares.
- Actúa como director de la conversación para co-construir con la familia una nueva historia con coherencia, relevancia y que dé una sensación de posibilidad elaborativa.

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

### **Modelo estructural**

#### **Antecedentes**

A Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino, se le reconoce como representante de la terapia estructural, en colaboración con Braulio Montalvo y Fishman. Durante el período de 1960-1969 trabajó junto con Montalvo en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York, en la que elaboraron un nuevo concepto terapéutico que surgió a partir de observar que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían debido a los problemas familiares (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### **Principales postulados.**

La terapia estructural incluye teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Se considera dentro de este modelo que cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo.

A la familia se le percibe como un *sistema abierto en transformación* cuyas características son:

1. Es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros.
2. Como sistema, la familia se autorregula.
3. Como sistema, la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte como lo es la familia extensa, la comunidad, etc;
4. También se divide en subsistemas ordenados jerárquicamente: subsistema parental, subsistema fraterno, subsistema conyugal.
5. Los subsistemas se crean y perduran porque establecen fronteras claras.
6. El desarrollo normal individual y de la familia incluye cambios y crisis.
7. Los problemas surgen cuando la familia se atora en la homeostasis. Los síntomas cumplen una función homeostática.

Para Minuchin (1974), la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, sin embargo poseen raíces universales. En este sentido los objetivos de las funciones familiares son:

1. Interno: la protección psicosocial de sus miembros.
2. Externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

En los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida. El sentido de separación e individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares.

La familia normal dentro de este modelo no puede distinguirse de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un *esquema conceptual del funcionamiento familiar* que lo ayude a analizar a una familia.

Como su nombre lo indica, el modelo estructural se enfoca de manera importante tanto en la estructura como en las pautas transaccionales de las familias.

*Estructura familiar.* Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales.

*Pauta transaccional.* Son transacciones repetidas que establecen pautas o patrones sobre de qué manera, cuando y con quién relacionarse. Estas pautas regulan la conducta de los miembros familiares.

Otro concepto relevante para Minuchin (1974) es el de los límites los cuales hacen que se cumplan las funciones específicas de los miembros de la familia, quiénes y cómo participan y regulan el contacto con otros.

Minuchin plantea tres tipos de límites:

1. *Límites claros:* aquellos que se definen con precisión e implican que los miembros funcionan sin interferencia. Permiten el adecuado desarrollo de sus funciones.
2. *Límites rígidos:* aquellos que caracterizan a las familias con subsistemas autónomos, independientes; se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los individuos y subsistemas.
3. *Límites difusos:* aquellos que no marcan con precisión quién y cómo participan en cada momento; implican invasión entre subsistemas, se da una falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares.

Los límites rígidos y difusos indican áreas de posible disfuncionalidad. Se considera que el problema puede aparecer en aquellas familias que se encuentran demasiado enredadas (familias

aglutinadas) donde existe escasa o nula diferenciación entre los subsistemas, o en familias desconectadas (familias desligadas) donde cada persona constituye un subsistema independiente.

### **DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL**

El *diagnóstico estructural* implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en la familia y el síntoma de sus miembros. La estructura de la familia se representa por medio de esquemas o familiogramas.

Minuchin considera al familiograma una ayuda para que el terapeuta organice el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico, para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio y los subsistemas.

El diagnóstico interaccional se modifica constantemente, a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes, ya que se considera que las familias y los individuos se relacionan y cambian de acuerdo al contexto social.

Al evaluar las transacciones de la familia, el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

1. considera la estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas posibles.
2. evalúa la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración (modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes).
3. la resonancia del sistema familiar (sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros).
4. examina el contexto de vida de la familia (fuentes de apoyo y stress en la ecología de la familia).
5. examina el estadio de desarrollo de la familia (rendimiento en las tareas apropiadas de desarrollo).
6. explora la forma en que los síntomas del paciente identificado son utilizados por las pautas preferidas por la familia.

El terapeuta se encargará de clarificar los límites difusos y abrir los límites excesivamente rígidos. Su evaluación de los sistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido diagnóstico de la familia, en función de lo cual orienta sus intervenciones terapéuticas.

El terapeuta, al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas

transaccionales y elabora hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. De esta forma establece un mapa familiar.

Un *mapa familiar* es un esquema organizativo: organiza el material que obtienen y le permite formular diversas hipótesis.

### **Técnicas de intervención.**

Minuchin en su libro de *Familias y terapia familiar* (1974) plantea dos tipos de intervenciones de unión y reestructuración.

Las intervenciones de *unión* son aquellas cuando el terapeuta se une con diferentes subsistemas de la familia para delinear los límites dentro de la familia.

Así mismo plantea que la separación entre unión y reestructuración constituye una distinción artificial. La unidad terapéutica se encuentra en continuo movimiento, y el proceso de unión, exploración, observación, elaboración de un contrato terapéutico y producción del cambio se produce constantemente en una secuencia de caleidoscopio.

En las operaciones de unión el terapeuta se convierte en actor en la obra familiar. Y en las operaciones de reestructuración, opera como director y actor, utiliza su posición de liderazgo dentro del sistema terapéutico para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Menciona siete categorías de operaciones reestructurantes: el captar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, el acrecentamiento del stress, la asignación de tareas, la utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía.

***Captar las pautas transaccionales de la familia:*** el terapeuta incita a la familia a que actúe en su presencia en algunas de las formas en que resuelven conflictos o se apoyan mutuamente y no solo se basa en las descripciones verbales que hace la familia.

***Señalamiento de los límites:*** el objetivo del terapeuta es lograr la permeabilidad de los límites. En familias aglutinadas interviene para clarificar los límites y en familias desligadas actúa para disminuir la rigidez de los mismos, facilitando el flujo entre los subsistemas de un modo que permita un incremento en las funciones de apoyo y orientación de la familia.

***Intensificación del stress:*** las familias que acuden a tratamiento han desarrollado habitualmente pautas transaccionales disfuncionales para enfrentar el stress. El terapeuta genera stress en diferentes partes del sistema familiar para ver la capacidad de la familia para reestructurarse cuando las circunstancias cambian. Puede bloquear canales de comunicación, acentuar diferencias entre miembros de la familia, unirse en forma temporaria con algún miembro de la familia.

**Asignación de tareas:** el terapeuta puede recurrir a las tareas para señalar y actualizar un área de exploración que puede no haberse desarrollado en forma natural en el flujo de las transacciones de la familia. Pueden ser tareas dentro de la sesión para sugerir cambios, asignar tareas para el hogar para que la familia se lleve al terapeuta a su hogar. Las tareas representan múltiples ventajas como: poner a prueba la flexibilidad familiar, las nuevas posibilidades de reestructuración familiar, proporciona un nuevo marco para las interacciones y que surjan pautas transaccionales alternativas.

**Utilización de los síntomas:** el terapeuta considera que los síntomas de un miembro individual son una expresión de un problema contextual. Puede combatir la tendencia de la familia en centralizarse en el portador del síntoma o puede elegir trabajar en forma directa con el paciente identificado si este representa un peligro para sí mismo o para la familia. Puede aumentar la intensidad de los síntomas del paciente identificado, desacentuar el síntoma, la adopción de un síntoma nuevo, reetiquetamiento del síntoma o modificación del afecto del síntoma.

**Manipulación del humor:** se refiere a que el terapeuta puede utilizar el afecto que presenta la familia para efectuar operaciones de unión o reestructuración. Al trabajar con una familia preocupada por el control, el terapeuta puede actuar con humor permisivo o relajado. En otras donde no toman con seriedad situaciones de emergencia podría actuar con intensidad para que la familia del cambio.

**Apoyo, educación y guía:** este tipo de acciones que proporciona una familia a sus miembros son vitales para los miembros individuales y para el mantenimiento del sistema familiar. El terapeuta debe comprender la importancia de estas funciones y saber cómo estimularlas. Si el funcionamiento de las funciones ejecutivas de una familia es débil, el terapeuta puede asumir esas funciones como modelo para los padres.

En el libro de *Técnicas de terapia familiar (1984)* mencionan las siguientes técnicas:

**Técnicas que cuestionan al síntoma:** contemplan la escenificación, focalización e intensidad.

**Escenificación:** el terapeuta le pide a la familia que interactúe en su presencia, para que pueda obtener información que la familia no considera importante o relevante. Puede ser de tres tipos: *espontánea, interacción provocada e interacción alternativa.*

**Focalización:** el terapeuta recibe información, selecciona elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno a un tema y le da un nuevo significado. El tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.

**Intensidad:** El terapeuta necesita hacer que la familia oiga su mensaje. Dependiendo de la realidad familiar algunos mensajes del terapeuta pueden ser escuchados y otros requerirán de crisis más intensas para ser escuchados.

El terapeuta puede repetir varias veces el mensaje para aumentar la intensidad de su contenido y estructura. Estas técnicas se pueden dar a través de: *la repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo, cambio de distancia y resistencia a la presión de la familia.*

**Técnicas de reestructuración:** son recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar por medio de *fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.*

**Fijación de fronteras:** con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de tal manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables y los límites muy difusos se fortalecen. El terapeuta puede cambiar los límites del sistema familiar haciendo que exista mayor acercamiento y contacto entre las personas y/o subsistemas, o aumentando la distancia existente entre los mismos.

**Desequilibramiento:** tiene como objetivo cambiar la relación jerárquica de las personas dentro de un subsistema; el terapeuta se alía con una persona o con un subsistema en contra de otros. En esta técnica se contemplan cuatro categorías de acuerdo con lo que la familia requiera. *Alianza con miembros de la familia, alianza alternante, ignorar a miembros de la familia y coalición contra los miembros de la familia.*

**La complementariedad:** cuestiona la definición que tiene la familia del problema y su creencia en una causalidad lineal del sistema, al hacerle ver que la conducta sintomática sólo se puede producir en el contexto de otras conductas donde la familia contribuye. Para alcanzar este objetivo, el terapeuta hace uso del *cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal y cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.*

**Técnicas que cuestionan la realidad familiar:** son técnicas que afectan la percepción de todos los miembros de la familia con respecto al síntoma, para lo cual se configuran nuevas modalidades de interacción entre ellos a partir de modificar su esquema referencial y viceversa.

**Construcciones:** el objetivo de esta técnica es introducir a la familia en una concepción diferente del mundo, que afloje la rigidez de su esquema referencial. Se trata de una intervención cognitiva tendiente a alterar la epistemología familiar a partir del respaldo de una institución o en la condición de experto y mayor conocimiento del clínico.

**Lados fuertes:** esta técnica se enfoca en los aspectos positivos de la familia y los utiliza para modificar la visión que tienen sus miembros con respecto al síntoma. El terapeuta enfatizará la fortaleza familiar para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema.

### **Reflexiones finales**

La terapia Estructural es un tratamiento breve, que se centra en los aspectos estructurales de los sistemas familiares, considerando que los síntomas representan reacciones de la familia ante la tensión del desarrollo. A pesar de que asume criterios de *normalidad-anormalidad* y que considera que el papel del terapeuta debe ser activo y directivo para desequilibrar las pautas disfuncionales de las familias, la finalidad de la propuesta estructural, es ayudar a las familias a desarrollar sus propios recursos, para poder enfrentar de la mejor manera las exigencias que el desarrollo y el medio les imponen (Ochoa de Alda, 1995).

La propuesta terapéutica de Minuchin, representa no sólo un modelo terapéutico con consistencia teórica y clínica, sino también ha sido utilizado como un importante instrumento de investigación en el campo psicosocial (Desatnik, 2004), sin embargo en ocasiones creo que abusa de su directividad y de sus criterios de funcionalidad o disfuncionalidad de las familias.



## Modelo estratégico

### Antecedentes

Jay Haley es conocido como el creador de la aproximación estratégica de la terapia familiar. Considera que gran parte de sus ideas sobre terapia y formación de terapeutas se los debe a sus colegas y estudiantes que convivieron con él en diferentes momentos; tal es el caso de Minuchin y Braulio Montalvo de los que retomó el acercamiento hacia la familia, en el Philadelphia Child Guidance Clinic. En su libro *Estrategias en psicoterapia* expone su versión de los conceptos sostenidos por el grupo de Bateson, acerca de los problemas de comunicación. Intentaba pasar de un enfoque individual a otro más social proponiendo que la unidad mínima de investigación en la terapia fuera la díada, para posteriormente proponer a la tríada (Galicia, 2004).

De Milton Erickson tomó sus enseñanzas para proponer su enfoque general de terapia; y se le reconoce como el mejor expositor de sus trabajos debido a que transfirió ideas del terreno de la hipnosis al de los procedimientos terapéuticos. Entre las principales semejanzas de la hipnosis y la terapia se encuentran las siguientes:

- Ambas se basan en relaciones voluntarias
- Los pacientes resisten las directivas que se les ofrecen.
- En la hipnosis y la terapia estratégica se necesita motivar a la persona para que coopere en las directivas. (Haley, 1983).

### Representantes del Modelo

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanes. Ella se unió al trabajo de Haley y juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de la Familia en Washington.

### Postulados teóricos

La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, incluye varios tipos de terapia, cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente y elabora una estrategia particular para cada problema (Haley, 1983).

De acuerdo con Haley (1983) una terapia puede considerarse estratégica si tomamos en cuenta los siguientes elementos.

a) Si el terapeuta toma la iniciativa de lo que ocurre durante la sesión y diseña estrategias particulares para cada problema.

b) El terapeuta identifica problemas solubles, fijar metas con respecto a ellos, diseñar intervenciones que apunten a dichas metas, examinar las respuestas a fin de corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

c) Debe ser sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que procederá debe estar determinado por él mismo.

*Un problema es definido como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. A veces los rótulos o etiquetas en sí mismas originan el problema, tornando más difícil su solución (Haley, 1976 citado en Madanes, 1984). La conceptualización del problema, desde el enfoque estratégico, hace hincapié en lo analógico. Se infiere que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás. Se da por sentado que analógica y metafóricamente un síntoma es una expresión de un problema y también de una solución, aunque a menudo insatisfactorio para todos los que tienen que ver con él.*

Según Haley (1980), los sistemas patológicos pueden describirse en términos de una *jerarquía que funciona incorrectamente*. Al referirse a la organización del sistema, si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos del sistema, los implicados mantienen incongruencia con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática. Por ejemplo si un niño no quiere ir a la escuela y el padre insiste en que vaya, la madre puede intervenir diciendo que el marido es muy duro, observamos una coalición entre el niño y la madre en contra del padre, de esta manera el niño asume una posición de mayor poder que el padre.

La terapia estratégica se centra en los niveles de organización, en las *incongruencias jerárquicas* en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación, hay una preocupación por la *metáfora expresada por un síntoma y por la interacción familiar*, al mismo tiempo por entender la especificidad de cada síntoma (Madhanes, 1984). A veces la pareja resuelve la lucha por el poder generando un síntoma y en ese caso se instaura una incongruencia jerárquica en la pareja o en la familia.

Haley (1980) plantea como surgen conflictos generacionales en las familias y algunas alternativas de intervención:

Los *conflictos trigeneracionales* intervienen miembros de diferentes generaciones o jerarquía por ejemplo donde está inmersa la abuela, la madre y el hijo. Otros conflictos de este tipo puede verse en familias en donde hay una generación que no está claramente definida como hijo que actúa en función parental con sus hermanos. Este hijo en función parental ocupa una posición difícil porque es responsable de los más pequeños sin tener el poder de gobernarlos.

*Un conflicto bigeneracional* clásico es cuando un progenitor se coliga con un hijo contra el otro progenitor. El hijo puede tener la edad que sea, no es una cuestión de edad sino de organización. La secuencia puede darse entre progenitores separados que aun disputan al hijo.

Para enfrentar problemas bigeneracionales se pueden utilizar diferentes enfoques para la intervención:

*1. Se utiliza a la persona periférica.*

Cuando se presenta una familia con una intensa sobreinvolucración entre la diada madre-hijo y el padre periférico, el terapeuta puede utilizar al padre periférico para romper la intensa relación entre la diada. Se utiliza una persuasión hábil para que el padre se interponga entre la madre y el hijo.

*2. Se quiebra la diada mediante una tarea.*

Cuando puede ser difícil involucrar al miembro periférico el terapeuta puede orientar a la madre para que ayude al niño a adquirir mayor competencia o desviarla a actividades más apropiadas que andar detrás de él. Al orientarse hacia ocupaciones diferentes madre e hijo aflojan su vínculo.

*3. Se interviene a través de los progenitores.*

Cuando una familia presenta como problema a alguno de los hijos, el terapeuta puede redefinir en una fase del tratamiento que se tratará con un problema de pareja en lugar de un niño con un problema. De esta manera se rompe la diada sobreinvolucrada entre el hijo y alguno de los padres, pasando directamente a la relación entre los padres, previo haber trabajado directamente con el problema del niño.

La terapia se focaliza en las soluciones del problema presentado. La atención está puesta en la comunicación del presente. No está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado o en tomar conciencia de la forma en que se produce la comunicación (Haley, 1980).

### **Métodos de intervención**

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales que encierran al sistema familiar. Por lo que el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto del poder familiar (Ochoa de Alda, 2004).

A continuación se expone el modelo de la primera entrevista que emplea Haley y posteriormente las técnicas de intervención que propone este modelo.

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

El modelo de entrevista que emplea Haley (1980), comprende cuatro etapas:

1. Social
2. Planteamiento del problema
3. Interacción
4. Fijación de metas

Estas etapas permiten definir el problema y poder pasar a solucionarlo, lo que correspondería a la segunda fase de la entrevista.

#### *1. Etapa social*

Es el primer contacto que se da entre la familia y el terapeuta, quien tiene que saludarlos y hacerlos sentirse cómodos. Se debe dirigir a cada miembro de la familia y preguntarle cómo se llama. Durante esta etapa no se permite que nadie empiece a hablar del problema hasta que no se haya obtenido de todos los miembros alguna respuesta social. El terapeuta también observará el comportamiento de la familia que le indique el estado de ánimo con el que llegan, las normas disciplinarias, las alianzas y coaliciones. Todo esto deberá ser considerado como provisional y no comunicarlo a la familia.

#### *2. Etapa de planteamiento del problema.*

Aquí el terapeuta dirige la conversación hacia el motivo por el cual la familia ha asistido. Haley (1980) enfatiza que hay que tener cuidado de la forma en que se pregunta y a quién se pregunta. A continuación se presentan esas preguntas, indicando la función que cumplen al ser formuladas de determinada forma.

*¿Cuál es el problema?* Función: permite que la persona más conocedora de la situación realice una descripción detallada del problema.

*¿En qué puedo serles útil?* Función: induce a las personas a focalizar el problema y las expectativas sobre el terapeuta.

*¿Qué cambios desean lograr?* Función: el problema deja de ser el foco de la atención y éste se desplaza hacia los cambios, con los que clarifican las metas para cliente y terapeuta.

*¿Por qué han venido a verme?* Función: al ser ambigua, posibilita que la familia se centre en el problema o cambio, y le da más libertad al terapeuta para exponer sus puntos de vista.

Haley (1980) recomienda no dirigirse a nadie a la hora de preguntar y decir: ¿alguien puede decirme cuál es el problema? Con esta actitud por lo general se produce que conteste el vocero o representante de la familia y que además refleje la posición que ocupa en la familia. Para finalizar

reitera que es importante que no se confunda la etapa social con la del planteamiento del problema.

### *3. Etapa de interacción.*

Aquí el terapeuta busca que todos los miembros de la familia dialogan entre si sobre el problema. El terapeuta deja de ser el centro de la conversación para permitir que se dé esta interacción. La familia tiene la oportunidad de dialogar y actuar incluso con respecto al problema que les preocupa; esto es, se escenificará el problema para ver cómo reaccionan los miembros familiares. La intención es que el terapeuta pueda identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica y estructura familiar.

### *4. Etapa de fijación de metas.*

Es conocida como la etapa de definición de los cambios, se requiere que la familia formule de manera clara los cambios que desea lograr. Para ello se requiere que el terapeuta y los clientes expresen claramente el problema a fin de que resulte solucionable. Solo si se definen claramente el problema y las metas se podrá determinar en qué medida la terapia ha sido exitosa. En ocasiones Haley (1980) sugiere que es adecuado emplear la *redefinición del problema y la connotación positiva*. La primera se da cuando el terapeuta define el problema en términos solubles y la segunda es cuando la conducta se interpreta de manera positiva o de forma adecuada. Madanes (1984) considera que puede utilizarse también la *connotación negativa* que transforme la conducta sintomática fácil de resolver, un ejemplo de ello es cuando se hable de depresión de alguien de la familia puede utilizarse la “irresponsabilidad o flojera” debido a que puede traducirse a una conducta más fácil de resolver.

## **Directivas**

Haley (1980) define a las directivas “*todo cuanto se haga en terapia...*” “*toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en este sentido se está impartiendo una directiva*” (p. 50).

### ***Tipos de directivas***

Para Haley (1980) El empleo de directivas o la asignación de tareas en la terapia cumplen con los siguientes objetivos:

- a) Lograr que los individuos se comporten de una manera distinta que propicie en ellos experiencias subjetivas diferentes.
- b) Intensificar la relación entre los clientes y terapeuta y dar a este mayor estatus y jerarquía.
- c) Obtener otro tipo de información que no se haya proporcionado en la entrevista.

Y propone que las directivas se pueden dar de dos maneras:

- a) Pedir algo para que se cumpla.

b) Pedir algo para que no se cumpla.

En donde la primera forma se llamaría una directiva directa y a la segunda una indirecta que conduce a un cambio por la vía de la resistencia y la rebelión, o bien llamada como paradójica porque el terapeuta desea producir un cambio y al mismo tiempo pide al cliente que no cambie (Haley, 1980).

### ***Directivas directas***

Las *directivas directas* pueden darse de dos formas: *pedir que se deje de hacer algo que se estaba haciendo o pedir a los consultantes que se haga algo diferente*. La primera es difícil que la gente la cumpla debido a que las pautas arraigadas son difíciles de modificar y el terapeuta para lograr esa acción con solo pedirlo requiere que goce de reputación de experto que mueva al cliente a cumplir la tarea.

Cuando se pide que se haga algo diferente, el terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a la familia sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos *“en vez de endicar el río, el terapeuta lo desvía hacia un nuevo cauce”* (Haley, 1980 p.52). Puede introducir un elemento nuevo que modifique la pauta, por ejemplo pedirle a un padre que no corrija a su hijo que lo corrija y que la madre deje de hacerlo. En este punto todo depende de la creatividad, habilidad y práctica del terapeuta.

Otra clase de directivas directas son las metáforas *“la metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra”* (Haley, 1980 p.62). Una explicación que propone Haley es que la gente está más dispuesta a hacer una cosa, sino tiene conciencia de haberla recibido, son mensajes que van directos al inconsciente, similar a como funciona el trance hipnótico propuesto por Erickson.

### ***Directivas indirectas***

Esta clase de directivas son las tareas paradójicas, con ellas el terapeuta da dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: *cambien dentro del mensaje no cambien* (Galicia, 2004). Con estos mensajes el terapeuta provoca a la familia para que se resista, y de esa manera cambie. Un ejemplo de ello es prescribir la conducta sintomática incluyendo a la familia en un sentido global o solo una parte de ella.

Cuando el cambio se da, se puede prescribir una recaída, de esta manera con estas maniobras se pretende que la familia mantenga el cambio para demostrarle al terapeuta que no es algo transitorio y son ellos los que controlan dicho comportamiento (Haley, 1980).

### ***Características de las directivas***

Haley (1980) propone las siguientes sugerencias para que la gente cumpla con las directivas:

- a) Las directivas deben de ser sencillas para que puedan ser cumplidas por la familia.
- b) Se presentarán las tareas de una forma clara y precisa.
- c) Se repetirán las instrucciones reiteradamente para que en caso de que no se cumpla se piense en una maniobra hecha por la familia y no a la falta de claridad.
- d) Se propone que en la tarea asignada se incluya a todos o a la mayoría de los miembros de la familia.
- e) Se sugiere que se abra la polémica de las posibles situaciones por las que la familia no cumpliría con la tarea.
- f) Cuando se solicite una tarea hay que solicitar los resultados en la sesión siguiente.
- g) Cuando la tarea no se cumpla hay que enfatizar que los clientes se han perdido la oportunidad de experimentar algo diferente y que se han fallado a sí mismos.

### **Reflexiones finales**

Para Haley, el empleo de un enfoque directivo en terapia, parte de una buena negociación del problema presentado y de una clara definición de los objetivos que se pretenden alcanzar, ya que a partir de esto es que el terapeuta puede crear las tareas ideales que sirvan como motores que generen el cambio. Programar directivas es una tarea fácil si se cuenta con estos dos elementos.

Haley planteó a través de su trabajo, la necesidad de darle a la terapia la efectividad suficiente como para que representara un intercambio justo entre clientes y clínicos. Para este autor, el cambio es la meta última de cualquier tratamiento y por lo tanto, si en algo debe ser experto el terapeuta es precisamente en el arte de influir en las personas, de tal manera que terminen haciendo lo que se les pide, pero no sólo eso, el terapeuta debe ser capaz de observar toda la complejidad de las interacciones entre las personas y entender, cómo es que determinada organización hace que tengan sentido los síntomas y disfunciones que presentan.

La influencia de la Terapia Estratégica sobre los diferentes modelos de terapia breve es innegable, ya que en todos se puede entrever alguno de los planteamientos de este autor.

### **Modelo de terapia breve de Palo Alto MRI**

#### **Antecedentes**

Este modelo de terapia surge en 1968, años después de la muerte de Don. D. Jackson, fundador del grupo del MRI (Mental Research Institute) en 1959. Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto, cuyo trabajo se ve influenciado en gran medida, por la teoría de la comunicación humana y las ideas aportadas por Milton Erickson (Ochoa, 1995). Dicho modelo está centrado en intervenciones sobre las respuestas de los pacientes y familiares, buscando desarrollar soluciones para la situación sintomática y que han resultado infructíferas. La duración del proceso terapéutico no sobrepasa las diez sesiones; las cuales son espaciadas semanalmente, las estrategias de intervención buscan centrar la eficacia en la evitación de la vigencia de los factores que mantienen el problema y que lleva a la familia a terapia.

#### **Presupuestos teóricos**

Los teóricos del MRI concuerdan en que la Terapia Familiar se centra en el paciente, no solitario sino en su contexto social primario, la familia. La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a su énfasis mucho mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente.

Al modelo de MRI también se le ha llamado “enfocado en los problemas”. Intenta aliviar los problemas específicos que los clientes llevan a terapia; no hay ningún intento de buscar la patología subyacente, la fuente del problema o intentar promover el insight. Considera que los problemas son de naturaleza interaccional más que algo que surge desde el interior de los individuos (O’Hanlon & Weiner Davis, 1990).

Enfatizan en el contexto interactivo de la conducta, le dan poca importancia a los factores históricos o de personalidad, carencias orgánicas como hipotéticos orígenes de la conducta problemática, a menos que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicados. Aun en estos casos, se presta mayor atención a la forma en que se enfrentan las carencias desde el aspecto interaccional.

El propósito de efectuar una terapia breve consistió en comprobar que se puede conseguir un cambio en un periodo de tiempo estrictamente limitado (10 sesiones), se evitan que sigan vigentes los factores que mantienen el problema que motiva la consulta. (Fish, Weakland y Segal, 1994). Las estrategias se apoyan en una utilización hábil de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta, con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. En este sentido es notoria la influencia de técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson.



Para los integrantes del MRI, la concepción que se tiene del problema está directamente relacionada con la naturaleza de la terapia y de la práctica, al mencionar los siguientes puntos:

- a) Los problemas consisten en una conducta presente indeseable, en donde se les atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en la mente del enfermo.
- b) Se centra en la identificación de la conducta problemática, es decir, cual aspecto se considera como un problema y por quién
- c) Pone atención en el funcionamiento y la persistencia de la conducta problemática, al afirmar que esta no existe con independencia.
- d) Para que se constituya en problema una conducta tiene que realizarse de modo repetitivo dentro del sistema de interacción social del paciente.
- e) El contexto social “mantiene” dicha conducta y aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo lo perpetua.

Fish, Weakland y Segal (1994), consideran que para que una dificultad se convierte en problema debe cumplir dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a una dificultad y b) cuando no se soluciona la dificultad, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz, es decir, la persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema, contrariamente a lo que pensaría la familia, donde los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas en la familia, necesarios para resolverlos.

Una vez que una dificultad se convierte en “problema” éste es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo, en otras palabras, el problema es el intento de solución (Cade & O’Hanlon, 1995). Este patrón “más de lo mismo”, es el objetivo principal de la intervención terapéutica. Habitualmente los clientes reciben algunas variantes de la sugerencia de dejar de intentar resolver el problema de la forma en que lo han estado haciendo, siempre y cuando se utilice la postura del paciente (lenguaje, sistema de valores, creencias) dándole un nuevo marco de referencia, dentro de ese sistema de creencias (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Los teóricos del MRI distinguen entre un cambio de primer orden y segundo orden. El primero comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma. Mientras que el cambio de segundo orden supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología, teniendo como objetivo terapéutico alcanzar un cambio de segundo orden.

## Métodos de intervención

El modelo plantea dos tipos de intervención: *las generales y las principales* (Fish, Weakland y Segal, 1994).

- Las intervenciones generales, se pueden utilizar en cualquier momento de la terapia, son: decir a la persona y/o familia que no debe apresurarse, cuestionar los peligros de una mejoría, hacer un cambio de dirección y discutir sobre como empeorar el problema.

### 1. *No apresurarse.*

Una táctica que se usa con mucha frecuencia es pedirle o concientizar al paciente en que no se adelante a la solución del problema, con el argumento de que un cambio apresurado traerá mayor problemática y consecuentemente la perpetuación del problema y/o agravamiento del síntoma. Esta situación debe plantearse si es posible, en la primera sesión, o cuando el cliente después de una intervención concreta regresa a la terapia expresando sus mejorías en la resolución del problema.

Los autores plantean que esta táctica es de utilidad ya que permite que el terapeuta no se vea como alguien que pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, esta situación provoca que el paciente quiera colaborar con mayor rapidez. El paciente ha exagerado en sus esfuerzos por solucionar el problema y es más probable que abandone estos esfuerzos si se le manifiesta que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud.

### 2. *Los peligros de una mejoría*

Esto se puede considerar como una ampliación del no apresurarse, sin embargo tiene objetivos un poco diferentes y se aplica a determinadas resistencias de los pacientes. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros que implica la solución del problema. Una vez que el terapeuta legitima su postura, puede usar esta intervención para diversos objetivos: puede ampliar la técnica del no apresurarse, puede ser usada para presionar al paciente para que obedezca nuevos encargos, después de incumplimiento de los planteados. En este sentido hay que plantearle al paciente que la mera solución del problema implica amenaza o peligro para la pareja o familia. La idea básica es hacer consciencia de que surgirán nuevos problemas si se soluciona el que ahora es objeto de tratamiento.

### 3. *Un cambio de dirección.*

Por cambio de dirección se plantea la situación en la que el terapeuta cambia de directriz y al hacerlo ofrece al cliente una explicación de dicha variación. Se requiere un cambio de dirección cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero más adelante se muestra como no productivo.

#### *4. Cómo empeorar el problema.*

El terapeuta abandona la actitud “esto podría ser útil” y en cambio da sugerencias con las siguientes palabras: “Si usted lleva a cabo esto que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara” ó “no se me ocurre algo en cómo pueda ayudarle, pero en cambio puedo darle un ejemplo concreto sobre cómo conseguir que las cosas vayan aún peor”. Al sugerir la forma en la que el problema empeora, permite al paciente ser más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y subraya como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Lo anterior resulta útil en dos casos: al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca ya del final para reforzar el progreso obtenido. El terapeuta puede prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario al tiempo que define la conducta del paciente como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que el paciente ejecute la acción hasta el grado que provoque aversión.

- Las intervenciones principales, son indicadas cuando se tienen datos suficientes en el contexto de los cinco tipos de soluciones intentadas: forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a acuerdos mediante coacción, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

#### *1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea.*

En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, temblores y tics, espasmos musculares, problemas de apatito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, depresión, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

La estrategia global que a menudo se utiliza para solucionar problemas de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema, para lo cual se le suministran razones y directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento. Estas razones pertenecen de ordinario a dos categorías principales:

a) Antes que nada, puede explicársele al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico. El terapeuta explica que aún hace falta gran cantidad de información necesaria para solucionar el problema y el cliente es el único que puede proporcionarla si provoca deliberadamente el síntoma, porque cuando el sujeto lo experimenta de

modo espontáneo se encuentra demasiado absorto en la angustia de luchar contra el síntoma y no puede observarlo como conviene. Sin embargo si planifica deliberadamente su aparición, estará en condiciones de advertir datos muy sutiles pero enormemente significativos que hasta ahora no había logrado percibir. (En las siguientes sesiones ante cualquier cambio se debe insistir en la prescripción y se debe evitar elogiar).

b) En el segundo gran tipo de razonamiento justificativo se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo. (Terapeuta: usted debe controlar esos pensamientos indeseables decidiendo el momento en que deberán ausentarse, aunque estos pensamientos decidan aparecer en cualquier momento usted deberá mantenerlos algunos minutos más de lo que regularmente duran así que cuando comience a distraerse deberá evocar nuevamente estos pensamientos, tal vez ellos decidan cuando aparecer, pero usted decidirá cuándo se irán).

## *2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*

Las fobias constituyen el mejor ejemplo para esta categoría y brindan una clara ilustración acerca de cómo surgen y se mantienen los problemas de este tipo. El paciente fóbico no experimentaba ninguna dificultad para llevar a cabo determinada tarea pero en un momento dado se encuentra con alguna dificultad que inexplicablemente le impide realizarla. Se trata muy a menudo de una tarea que implica ciertos riesgos aunque sean muy mínimos. Después de experimentar dicha dificultad, el futuro paciente comienza a especular sobre ella y se alarma al pensar que podría reaparecer en circunstancias peligrosas, mortificantes o humillantes para él.

El problemático estado de la cuestión suele agravarse al principio del proceso, cuando el futuro paciente decide que se está comportando como un tonto y que necesita probarse a sí mismo. Por lo común su aprehensión provocará una profecía auto cumplidora. Una vez confirmados sus peores temores el sujeto se halla en disposición de adquirir una fobia perfectamente desarrollada.

El futuro paciente considera que el acontecimiento temido es algo que él no está en condiciones de dominar. Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Lo que se requiere son directrices y explicaciones que tengan el fin de exponer al paciente a la tarea, al mismo tiempo que exigen una ausencia de dominio o por lo menos incompleto. (Miedo a manejar, miedo a las mujeres)

El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es, por consiguiente, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

### *3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición*

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Entre estos problemas se cuentan las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe. En pocas palabras, la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores. Esta forma de solucionar el problema sirve precisamente para producir la conducta que se desea eliminar, ya sea que se formule como una exigencia, o que se pida a través de amenazas, violencia o argumentación lógica.

Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda, se coloque en una actitud de inferioridad, es decir en una postura de debilidad. Como la modificación que se requiere en la solución ensayada suele ser una variación difícil para el cliente, la intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o “venta” de la intervención más que de establecer cuál es la intervención concreta que debe realizar el cliente. En líneas generales, el cliente necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente, en un estilo no autoritario, como por ejemplo: “te estaría muy agradecido si tú”, más bien que “tienes obligación de”.

### *4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación*

Esta solución que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse con la siguiente afirmación: “Me gustaría que lo hiciese, pero todavía más me gustaría que quisiera hacerlo”. Al parecer, esto refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Pedir directamente lo que uno desea es considerado como dictatorial, o como una intromisión pernicioso para la integridad de otra persona. Es como si se viese a esta como frágil, incapaz de determinar su propio nivel de docilidad, alguien que no sabe decir que no. En consecuencia, y paradójicamente, su libertad tiene que ser defendida por otra persona.

Esta penosa paradoja se manifiesta a través de numerosas formas clínicas (problemas conyugales, problemas de crianza infantil y esquizofrenia).

Esta es la solución que tiene lugar en todos aquellos problemas en los que el sujeto A pide al sujeto B que realice algún acto o tome una decisión, y cuando B se resiste a la solicitud A trata de

contrarrestar la resistencia de B señalando que lo que ha pedido es algo perfectamente justo o razonable. En efecto A le pide a B que deje de quejarse y resistirse y que haga voluntariamente lo que A quiere. En todos estos problemas hay un mismo hilo conductor: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión.

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule modo arbitrario. Este tipo de cliente se encuentran a menudo motivados por el deseo de mostrarse benévolo, de acuerdo con una postura que cabría enunciar así: “No quiero que lo haga, si es que él no se siente feliz haciéndolo”. El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa redefiniendo como beneficioso aquello que el cliente quizás considere como destructivo, las solicitudes directas.

#### *5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa*

En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza algún acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que este responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente.

Esta pauta se ha bautizado con el nombre de “el juego del acusador y el acusado”. El juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo. A veces esto se puede lograr entrevistándose a solas con el defensor. El terapeuta manifiesta que el acusador es la persona que está equivocada o que causa el problema y entonces el defensor, que también desea que acabe el juego, puede solucionar el problema a través de una acción unilateral. Sin embargo, dicha acción resultará difícil porque, en opinión del terapeuta, la única forma en que el acusador puede entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado absurdo.

Este juego del acusador y el defensor también puede finalizar mediante una intervención llamada “interferencia”. Se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos parte al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

El terapeuta puede preparar el terreno para una interferencia adoptando una postura neutral: “mi función aquí no consiste en hacer de detective y averiguar quién de ustedes dos está en lo cierto o se equivoca. Mi función se limita a ayudarles a ambos en su comunicación recíproca, que, obviamente se ha roto. En consecuencia no me puedo preocupar por (cantidad de alcohol, acusaciones de infidelidad, etc). Si los pacientes no se oponen con vigor a esta definición del papel del terapeuta, este puede comenzar a interferir en el juego.

Se presenta a continuación el protocolo básico que se utiliza en el CTB (Centro de Terapia Breve) a la fecha (Fish, 2004 citado en Vargas 2007).

*1. ¿Cuál es el problema o queja?*

Con quién se trabajará: la persona que tiene una queja, puede ser más de una.

Solicitar información clara y concreta.

Uso de preguntas que la persona puede contestar con un sí, un no o no sé.

Describirlo en una línea, una frase.

¿Puedo ver lo que está haciendo?

¿Puedo oír lo que está diciendo?

¿Por qué piden ayuda ahora?

¿Qué hace quien a quien y en dónde?

*2. Intentos de solución.*

Numero de diferentes cosas que el cliente u otra persona involucrada ha hecho o dicho para resolver el problema.

Establecer un tema común que dé sentido a los intentos y describirlo en una frase corta.

Su mensaje central: debes- no debes.

*3. Postura del cliente.*

Cuál es su marco de referencia, valores:

Hacia el problema.

Hacia el mundo.

*4. Definición de metas.*

Cuál será la primera señal observable de que existe un progreso.

Describirlo en una oración que señale una conducta.

*5. Estrategia terapéutica.*

Giro de 180 de la temática principal del cliente.

### *6. Tarea especifica*

Qué es lo que más fácilmente haría el cliente.

¿Cuál es la sugerencia más sencilla que le podemos dar en vez de una compleja?

Que cosa dicha o hecha por el cliente representaría un alejamiento más evidente respecto de sus intentos de solución.

7. Chequeo de la tarea (cuando la gente regresa y dice: “lo hice pero todo sigue igual”).

¿Lo hizo?

¿Cómo lo hizo?

¿Que observó cuando fue hecho?

¿Qué ocurrió?

Evitar la postura de decepción cuando la tarea no es cumplida.

### **Reflexiones finales**

El modelo del MRI pretende comprender como se generan los problemas y la manera de resolverlos desde una posición científica, basada en la observación de la interacción en vivo, preocupado por lo que “está pasando” y “cómo está pasando” con una comprensión cibernética de los procesos de interacción. En un inicio diferentes escuelas fueron influenciadas por los preceptos de este modelo debido a los cambios tan rápidos que se generaban en los clientes, sin embargo después varias escuelas como por ejemplo el modelo de Milán comenzaron a resentir las limitaciones del modelo en cuanto al papel del terapeuta y a la concepción de las personas que lo consultaban. Por otro lado el modelo ha demostrado su efectividad con diferentes problemáticas como su uso en consulta externa con pacientes psiquiátricos en donde en la mayoría de los casos se utilizaron menos de 10 sesiones (Chubb, 1995 citado en Vargas, 2007). Las propuestas del modelo, con su énfasis en la brevedad, que surge más que como una imposición del terapeuta, como consecuencia de la eficacia terapéutica para promover el cambio en los sistemas, lo colocan en uno de los lugares privilegiados en la historia de la Terapia Familiar, en el lugar de los pioneros que abren camino para que el progreso tenga lugar.



## Modelo de Terapia Breve orientado a Soluciones

### Origen y desarrollo

El modelo de soluciones o también conocido como Terapia Breve Centrada en Soluciones es una nueva forma de plantearse y enfocar la terapia en donde la idea central gira alrededor de usar las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas a favor del cambio terapéutico. Este enfoque tiene sus orígenes en 1978, por medio del trabajo de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, en el centro de terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, más tarde se sumaron autores como O' Hanlon y Weiner- Davis (Ochoa, 1995). En sus inicios este modelo, fue influenciado por la terapia del MRI de Palo Alto, y las ideas de Milton Erickson (Cade & O' Hanlon, 1995; O' Hanlon, 1999; O' Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

### Presupuestos teóricos

De acuerdo a O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), la terapia centrada en soluciones fundamenta su trabajo en los siguientes supuestos y premisas que proporcionan una perspectiva basada en la salud respecto de los problemas del individuo, de la familia y de la terapia breve.

- *Hace énfasis en la salud mental* y no en la enfermedad mental; se habla de los momentos de abstinencia, más que de la patología. No buscan lo que está oculto y trata de arreglarlo, sino lo que está bien y trata de descubrir cómo usarlo. La salud se promueve o crea por medio de intervenciones terapéuticas.
- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver la queja (utilización)*. Erickson enfatizaba que todas las personas poseen capacidades naturales que pueden usar para resolver las quejas. La tarea del terapeuta es acceder, buscar, suscitar y lograr que sean utilizadas.
- *El cambio es inevitable*. Se parte de la idea de que el cambio es constante, forma parte de la vida y de que los clientes no pueden dejar de cambiar, ya que nada sucede siempre, hay momentos en que no se presenta el problema o se presenta con menos intensidad porque han hecho algo distinto a lo acostumbrado a lo que llama *excepciones*. El cambio es un proceso continuo. Los clientes se comportarán como si el cambio por medios verbales y no verbales fuera inevitable. En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá el cambio. Se necesita co-crear profecías positivas autocumplidoras entre terapeutas y clientes.
- *Orientación hacia el presente y hacia el futuro*. De acuerdo con las palabras de Erickson, se debe poner énfasis más bien en lo que el cliente hace en el presente y hará en el futuro que sobre una mera comprensión de por qué sucedió cierto hecho remoto.

- *Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.* Se hace uso de la presencia de los recursos y medio más simples y directos para llegar a un fin, así como de la economía de los medios terapéuticos, en los cuales generalmente se parte de un tratamiento que va de lo simple a lo complejo.
- *Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de ésta.* De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. A esto, de acuerdo, con Erickson, se le conoce como *bola de nieve o efecto mariposa*, en donde se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver dificultades, y después de iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios.
- *Cooperación.* El cliente y el terapeuta deben trabajar juntos, y este último debe fortalecer al cliente y hacer más agradable el ambiente, utilizar una serie de herramientas para fomentar la cooperación.
- *Una visión ateórica, no normativa, determinada por el cliente.* En ella se hace énfasis a la necesidad de determinar un nuevo tratamiento para cada individuo. Al considerar que cada individuo es único, se opone a dogmas teóricos que impiden la flexibilidad para satisfacer las necesidades del cliente.
- *Filosofía central, basada en tres reglas:*
  - a) Si no ésta roto, ¡no lo componga! Se refiere al hecho de no considerar o identificar más problemas.
  - b) Una vez que sepa qué es lo que funciona, ¡haga más de lo mismo!
  - c) Si no funciona, no vuelva a intentarlo, ¡haga algo diferente (menos de lo mismo).

## Intervenciones

El objetivo terapéutico del modelo consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, ampliar las soluciones eficaces, esos momentos en que el síntoma no aparece. Al mismo tiempo resalta aquello que es satisfactorio en la vida de las personas (O' Hanlon & Weiner-Davis, 1990). Dentro de las técnicas se encuentran las siguientes:

**Las redefiniciones.** Son intervenciones cognitivas que modifican el marco conceptual desde el cual el cliente percibe el problema, y que se presenta a lo largo de la entrevista (Cade & O' Hanlon, 1995).

**Las connotaciones positivas.** Se refiere a citar aquellas estrategias eficaces y recursos que poseen los clientes para solucionar sus dificultades. Existen dos tipos, el primero hace referencia a la

existencia de dificultades en la identificación de soluciones eficaces. Se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándoles un nuevo significado, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma. El segundo es el que resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, en forma de recursos para superar problemas. A esta se le llama “elogio”. Todos los pequeños cambios en el cliente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios (O’ Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

**Énfasis en las soluciones y las excepciones.** El objetivo más importante de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones. Una faceta característica de la Terapia Centrada en Soluciones es que le dedica mucha más atención a explorar las soluciones que a investigar los problemas. Es importante conocer lo que aflige al cliente para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida.

Cuando los clientes y el terapeuta sí hablan del problema y una vez que éste queda claro, se procede a hablar sobre las excepciones. Las excepciones son aquellas ocasiones en las que el problema no está presente o es menos frecuente o menos intenso. Se le pide al cliente que identifique este tipo de situaciones y se hace un interrogatorio cuidadoso sobre todo lo que es distinto en esos momentos: dónde está, con quién, qué hace y qué piensa en las ocasiones, aunque sean pocas o breves, en las que las cosas están mejor (Cade & O’ Hanlon, 1995; De Shazer, 1985).

**Establecimiento de metas.** Para poder hacer un buen trabajo en la Terapia Centrada en Soluciones es indispensable explorar con el cliente a dónde quiere llegar, qué quiere ver en su vida en lugar del problema que lo trae a consulta. Establecer metas claras es fundamental en este tipo de terapia. Tener un objetivo bien definido es de gran utilidad en la terapia, entre otras cosas, porque nos permite «medir» el progreso del cliente al acercarse a éste. Las metas deben ser establecidas por el cliente. El terapeuta le puede ayudar a plantearlas con claridad (De Shazer, 1985).

Es especialmente importante que el cliente formule no sólo lo que quiere que deje de suceder, sino lo que quiere ver en lugar del problema. Una forma de ayudar al cliente a establecer sus metas es a través de una de las herramientas más conocidas de la TCS, la Pregunta del Milagro.

**La pregunta del milagro.** Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara (Cade & O’ Hanlon, 1995).

*«Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?»* (De Shazer, 1991 en Cade & O’Hanlon, 1995 p.118)

Para Beyebach (1999) “la pregunta milagro”, no es en realidad una pregunta, sino una secuencia de preguntas que puede ocupar toda una entrevista, es decir la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia.

**El uso de escalas.** Otra de las herramientas más características de la Terapia Centrada en Soluciones es la escala. Se trata de una escala subjetiva con la que el cliente puede evaluar, entre otras cosas: la intensidad del problema, su grado de esperanza en que las cosas cambien, cuánta confianza siente en que cambiarán, el progreso que ha hecho desde la última sesión, en qué punto sentirá satisfecho y muchas más. El terapeuta generalmente dibuja una línea vertical en un papel y pone un número 1 en un extremo y un 10 en el otro. El 1 puede representar el problema en su grado máximo y el 10 la ausencia del problema. Se le puede pedir al cliente que indique en qué punto está el problema en la actualidad, dónde ha llegado a estar en su peor momento, en qué número tendría que estar para que él sintiera que las cosas van mejor o a qué nivel quisiera que llegara para darse cuenta de que la terapia ha funcionado ( De Shazer, 1994).

#### *Un esquema de trabajo en soluciones*

O’ Hanlon y Weiner-Davis (1990) elaboran un esquema de trabajo particular para el modelo de soluciones que se lleva a cabo desde la primera sesión y que consta de nueve pasos:

##### *1. Unión.*

Es la etapa social, el rapport. El objetivo es mostrar interés genuino por la familia y ayudarles a que se sientan cómodos. La cantidad de tiempo dedicada a esta fase depende de la rapidez con la que los clientes parezcan soltarse.

##### *2. Breve descripción del problema.*

Se empieza con una pregunta sencilla ¿Qué le trae por aquí? se busca obtener una breve descripción del problema.

##### *3. Excepciones del problema.*

Se elaboran preguntas sobre las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fortalezas y recursos de las personas.

Se puede obtener esta información a través de preguntas como:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que\_\_\_\_\_ (p.e. se llevan bien)? Si no perciben diferencias, preguntar ¿Cuándo es menos grave, frecuente, intenso o de menor duración?
- ¿Cómo conseguiste que sucediera?

- ¿De qué manera el que\_\_\_\_\_ (p.e. bajaste 5 kg )? , ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?
- ¿Cómo conseguiste que dejara de \_\_\_\_\_ (p.e. tener berrinches)? , ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?
- ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace\_\_\_\_\_ (una semana, un mes, etc.)?
- ¿Qué haces para divertirte?, ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?
- ¿Has tenido alguna vez esta dificultad?, ¿Cómo lo resolviste entonces?, ¿Qué tendrías que hacer para que eso volviera a suceder?

#### 4. *Normalizar y despatologizar.*

Aquí se intenta considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo patológico. Se puede hacer de las siguientes maneras:

- Cambiando de tema, a manera de restarle importancia.
- Mencionar el problema como algo habitual en situaciones de estrés
- Mencionar que el terapeuta vivió algo similar.
- Terminar las frases del cliente con algo esperable (“No me lo digas, cuanto más tratas de no pensar en ello, piensas más”).
- Distinguir entre el problema formulado y una explicación normalizada del mismo (¿Cómo distingues entre la depresión y los cambios de humor de los adolescentes?).
- Elogios normalizadores (tomando en cuenta los cambios que estás viviendo, me sorprende que lo estés llevando tan bien).

#### 5. *Definición de objetivos.*

Aquí se busca que el cliente elabore objetivos concretos y alcanzables: la primera señal de que se está dando el cambio. Que sean observables de manera conductual, en lo que las personas hacen o dicen.

#### 6. *Pausa (trabajo en equipo).*

Se hace la pausa para recabar los mensajes del equipo terapéutico o para reflexionar consigo mismo sobre los posibles mensajes que se le pueden dar al cliente; se hace un resumen de las

cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, se elabora una prescripción o tarea.

#### *7. Elogios.*

Se regresa a la sesión y se dan cuatro o cinco elogios o connotaciones positivas, se observan las reacciones familiares, reduciendo la interacción al mínimo. Sólo se anima a los clientes a contestar si lo quieren decir, amplia los aspectos positivos que se están comentando.

#### *8. Intervención.*

Se da la prescripción o tarea que intenta modificar el patrón de la queja o del contexto en que ésta se da. Lo anterior se puede lograr de múltiples maneras:

##### *Intervención sobre el patrón de la queja.*

- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
- Cambiar el horario de ejecución de la queja
- Cambiar la duración de la queja
- Cambiar el lugar en que se produce la queja
- Añadir un elemento nuevo al patrón de la queja
- cambiar la secuencia de elementos en el patrón de la queja
- Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños
- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

##### *Intervención sobre el patrón de contexto*

Modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente. p.e. a una mujer bulímica que no se arregla cuando vomita, pedirle que se arregle cuando quiera vomitar.

#### *9. Concertar otra entrevista.*

En caso de ser necesario, se estipulan citas subsecuentes para lograr objetivos propuestos.

### **Reflexiones finales**

El Modelo Centrado en Soluciones ha sido reconocido en Terapia Familiar, como uno de los primeros en promover una relación optimista entre el terapeuta, el cliente y el equipo terapéutico, en reconocer la experiencia de los clientes y darle un lugar privilegiado en el proceso, así como en destacar la importancia de las preguntas, por encima del uso de afirmaciones. La evolución del modelo, ha permitido que se vayan sumando nuevos elementos que lo alejen de visiones reduccionistas y simplistas, para darle mayor flexibilidad y ampliar el campo de su enfoque básico.

De acuerdo a Beyebach (1999) el modelo de Soluciones está evolucionando hacia espacios clínicos en el tratamiento de problemas específicos como el alcoholismo, violencia familiar y el abuso sexual entre otros, y por otro lado en espacios no clínicos como la orientación escolar, el consultoría organizacional y el trabajo social. Es un modelo terapéutico relativamente fácil de aprender y que no requiere una extensa formación para ser aplicado de forma exitosa. Algunos autores como Limón (2005), ubican al Modelo como un puente entre los modelos sistémicos centrados en los problemas y los modelos más identificados con la hermenéutica, el movimiento postestructuralista y el socioconstructivismo.

## **Modelo de Milán**

### **Origen y desarrollo**

En 1971, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el instituto de la familia en Milán, invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. El equipo comenzó a trabajar siguiendo el enfoque del Modelo de terapia breve (MRI), influenciados fuertemente por las ideas de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson.

En 1972 el grupo inicia una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987). De esta investigación, los autores resaltaron tres hipótesis:

1. La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorrigue a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando que es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás.
2. Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta-comunicación.
3. Las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas.

Por lo tanto, si las conductas no son patológicas, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1986).

Para lograr este objetivo, el equipo de Milán comenzó a proponer una serie de métodos, cuya meta se encontraba encaminada en descubrir dichas reglas y en descubrir cómo podrían incidir en el cambio de estas reglas.

El equipo estaba conformado por dos terapeutas hombres y dos mujeres, de los cuales una pareja hombre-mujer atendía el caso en vivo, y los otros dos observaban detrás del espejo. El objetivo de trabajar por parejas, era el tratar de equilibrar al equipo en cuanto cuestiones de género. De esta manera propusieron un método para llevar a cabo la sesión, que en adelante se extendería de manera más o menos generalizada a las otras escuelas de terapia familiar, desarrollada en cinco partes.

1. La pre-sesión.
2. La segunda parte o sesión de duración variable
3. En la tercera parte los terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden como concluirla



4. En la cuarta parte los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión
5. Finalmente el equipo se reúne para hacer comentarios de la intervención final, las reacciones de la familia y hacer previsiones ( Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1986).

Se trabajaba con tratamientos de 10 sesiones con un intervalo de cerca de un mes, periodo en el cual el equipo observó que las familias adecuaban las intervenciones al sistema relacional. Al comienzo se usaba la práctica de la sesión semanal y fue casualmente que algunas familias tenían que realizar largos viajes que se efectuaron entrevistas más distanciadas y así se descubrió que las sesiones separadas por intervalos más largos, resultaban más eficaces. A raíz de esto se extendió esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado. Las intervenciones desestabilizaban al sistema familiar, y requerían de un tiempo cercano a un mes para encontrar una nueva organización. Se definió entonces como *terapia breve larga*, ya que eran pocas sesiones distanciadas por periodos relativamente largos (Selvini et al., 1986).

### **Principios básicos**

En 1980 el grupo se divide en dos: Selvini y Prata continuarían investigación basada en la *prescripción invariable* y Boscolo y Cecchin se dedicarían a la formación de terapeutas sistémicos (Reséndiz, 2010). El artículo *hipótesis, neutralidad y circularidad: tres guías para la conducción de la sesión*, es el último artículo que escriben juntos y marca la separación epistemológica del equipo de Selvini y Prata interesadas más en la realidad del grupo familiar (cibernética de primer orden) y por otro lado el equipo de Boscolo y Cecchin, interesados en la formación de terapeutas y en cómo el terapeuta construye su realidad (cibernética de segundo orden). Para Boscolo (2003) los elementos de Bateson que estaban más presentes en su forma de trabajo fueron los intercambios de significado entre los miembros de la familia, y entre los miembros de la familia y los terapeutas, desde entonces comenzó a emerger la idea constructorista. Posteriormente las adquisiciones más significativas al periodo Batesoniano fue la cibernética de segundo orden (Von Foerster, 1982), en donde no existía la separación entre el observador y el observado, las descripciones del observador reflejaban sus teorías y sus prejuicios (Boscolo, 2003). Otra influencia importante de este período en palabras de Boscolo (2003) fueron las ideas de Maturana, entre las cuales la realidad emerge en el lenguaje a través del consenso, volviéndose importante el uso de las metáforas, de la retórica y de la hermenéutica.

En este artículo (*hipótesis, neutralidad y circularidad: tres guías para la conducción de la sesión*) se plantea que la entrevista en el modelo de Milán se rige por tres principios (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980):

*Hipótesis* son formulaciones sobre el funcionamiento familiar que el equipo elabora con objeto de seleccionar y ordenar dentro de un cúmulo posible la recolección de información durante la

sesión. Por lo tanto, las hipótesis deberán plantearse relacionándolas con el problema central de la familia, deberán servir para dirigir la búsqueda hacia la comprensión autentica del problema, deberán ser sistémicas y ser la base para el planteamiento de nuevas hipótesis. En este sentido son tan importantes que nunca deberá comenzarse una sesión sin contar con información, que permita la formulación de alguna hipótesis.

En segundo lugar, está la *circularidad*, que se entiende como la capacidad que tiene el terapeuta para conducir sus intervenciones, sobre la base de las retroalimentaciones que se le dé a la familia, en respuesta a la información que este ha ido pidiéndole acerca de sus relaciones, y por lo tanto de las diferencias y los cambios. A través de esto, el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y de sus relaciones. Es decir, cada miembro de la familia es invitado a describir cómo es la relación entre otros miembros del sistema familiar, se le pide que se metacomunique acerca de la relación de una diada en presencia de esta, generando reacciones en los distintos participantes del juego familiar, que por más que se esfuercen, no podrán comunicarse en respuesta a lo expresado.

Finalmente el concepto de *neutralidad*, que hace referencia al efecto pragmático que las conductas del terapeuta tienen sobre la familia. Para el grupo de Milán, mientras más inmerso está el terapeuta en la epistemología sistémica, más centrará su atención en las retroalimentaciones y en la información, y por lo tanto menos interesado estará en emitir juicios morales. De acuerdo con lo anterior, el terapeuta al conducir la entrevista, deberá aliarse temporalmente con cada uno de los miembros de la familia, pero a la vez manteniéndose en una posición equidistante de todos ellos.

La *neutralidad* no implica de ninguna manera, que el papel del terapeuta tenga que ser pasivo, dejando el control de la entrevista a la familia, su papel es activo y central en la entrevista en virtud del proceso de cuestionamiento circular que tiene que llevar a cabo (Selvini Palazzoli, Boscolo, et al, 1980).

Más tarde Cecchin (1987) cuestiona la idea de neutralidad con la idea muy constructivista que no es posible ser neutrales si se acepta el presupuesto que el terapeuta está dentro del sistema, con las propias ideas, no puede ser neutral con respecto a sí mismo, entonces la neutralidad se vuelve paradójal. La solución que propone Cecchin (1987) fue la *curiosidad* entendida como una creación de estado en la mente del terapeuta, es decir un modo de cambiar continuamente de una posición a otra para no quedarse con una versión de la realidad. Más adelante Cecchin (Cecchin, Lane y Ray, 1998) propone el concepto de *irreverencia* entendido cómo una posición ética que asume el terapeuta y en donde se pretende erosionar la certeza y darle sentido a la duda metodológica. Boscolo y Bertrando (1996) tratan el problema de trascender la ortodoxia teórica a través de sus conceptos de lo *"no dicho"* y la *epigénesis*, explican que todo terapeuta funciona en un principio epigenético que lo llevan a integrar las más diversas experiencias y teorías, de tal forma que el purismo teórico es simplemente un mito.

El grupo de Milán desarrollo los conceptos de *hipótesis, circularidad y neutralidad* como parte de su apego a la epistemología sistémica, sin embargo, para ellos el pensamiento lineal no era forzosamente incorrecto, porque podría ser el precursor de una mirada circular. El terapeuta debería, por lo tanto, centrar su atención más que en las intenciones de la conducta, en los efectos de ésta, a través de explorar las diferencias y resaltar las conexiones entre las conductas y creencias de los miembros de la familia. El instrumento que usa el grupo de Milán para lograr esto durante el proceso de la entrevista, es el *cuestionamiento circular* (Tomm, 1987).

El *cuestionamiento circular*, es un tipo de interrogatorio relacional, donde el terapeuta hace preguntas a cada uno de los miembros de la familia, acerca de quién hace qué, cuándo, cómo, en relación a quién, etc. durante este, el terapeuta transita entre el pasado, el presente y el futuro, detectando las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado entre un antes y un después del problema, y a la vez abarcando diferentes taxonomías de preguntas: de definición del problema, de secuencias de interacción, de comparación/clasificación e interventivas. El interrogatorio circular es una herramienta útil para generar hipótesis e intervenciones, pero además le proporciona a la familia, la oportunidad de verse a sí misma de una manera sistémica (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### **Intervenciones**

Las intervenciones creadas por el grupo de Milán pueden ser clasificadas de acuerdo con el momento de desarrollo de su teoría, ya que dependiendo de éste, su teoría acerca del cambio y de las metas terapéuticas varían.

*El método paradójico.* Expuesto principalmente en su libro *paradoja y contraparadoja* (1986), precisa la utilización de tres tipos de intervenciones:

- a) *La connotación positiva.* A través de esta intervención se cambian las atribuciones negativas dadas al problema (no se connota solo el síntoma sino la red de comportamientos alrededor), por unas positivas o por lo menos a intenciones no hostiles. El síntoma es presentado como motivado por razones altruistas por parte del paciente identificado y por los demás miembros del sistema. Al resaltar por medio de la connotación positiva, el alto grado de cohesión entre los miembros de la familia, el terapeuta se alía con la homeostasis familiar y coloca a todos los miembros de la familia en un mismo plano, evitando así ser descalificado o rechazado.
- b) *La reformulación paradójica o contraparadoja.* El terapeuta prescribe la secuencia patológica, que fue redefinida en la connotación positiva como benévola o bien intencionada. Esta estrategia se utiliza cuando la familia presenta secuencias de interacción y un sistema de creencias rígidos. Originalmente se daba primero la connotación positiva,

después la prescripción de la secuencia sintomática y finalmente un límite temporal para su vigencia.

- c) *Los rituales*. Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas, que rompe los patrones habituales de conducta de los miembros de la familia, introduciendo nuevas reglas sin dar explicaciones. Se utilizan cuando la situación es demasiado caótica, para introducir orden y secuencialidad. Las prescripciones ritualizadas de los días pares e impares, son un ejemplo de este tipo de estrategia.

*La serie de prescripciones invariables*. Desarrolladas por Selvini y Prata (1986), las prescripciones invariables representan una especie de método experimental, donde las mismas prescripciones son aplicadas a familias con patologías similares. La pretensión de la intervención es provocar la diferenciación entre los subsistemas conyugal y filial, introduciendo límites intergeneracionales, evitando de esta manera, las coaliciones que mantienen el juego de las familias con alguna patología.

*El método de la revelación del juego familiar*. En esta etapa se abandonan las prescripciones invariables, para adoptar un modelo diacrónico, donde se revela a la familia la conexión entre el sufrimiento del paciente identificado con su indebida implicación en los problemas no resueltos entre la pareja conyugal, lo cual se supone tendrá un efecto terapéutico. Los principales juegos descritos por Selvini y Prata (1988), en los *juegos psicóticos de la familia*, son la *instigación* y el *embrollo*. En la *instigación*, el juego consiste en la provocación disimulada e indirecta de uno de los progenitores hacia el otro, a través de los hijos, aunque puede darse el mismo patrón de interacción entre cualquier otro tipo de tríada familiar. En el caso del *embrollo*, lo que se muestra son afectos contrarios a los realmente existentes, donde uno de los progenitores hace ostentación de una relación privilegiada con uno de los hijos, dando a entender de manera encubierta, que lo prefiere por encima de su cónyuge, usando esto como una estrategia en contra de este (Selvini, Cirillo, et al, 1998).

Actualmente para Boscolo y Cecchin (2003) el hablar con los clientes es una intervención, la intervención dura toda la sesión, por eso actualmente es incorrecto hablar de una intervención final, la intervención tiene sentido para el terapeuta que trabaja con un equipo terapéutico porque genera una coherencia en el equipo.

Por otra parte de acuerdo a Bertrando (2011) la terapia sólo es posible en el diálogo y propone un diálogo donde el terapeuta tiene ideas que pone siempre en juego con el cliente. El terapeuta propone ideas de forma respetuosa, las afirma para explicarse y al mismo tiempo dejando la última palabra a los clientes, es decir, no trata de influir en los clientes. La terapia desde ese punto de vista, es un proceso continuo de negociación de significados, imposible de alcanzar un punto final, donde cada negociación abre nuevos contextos que generan nuevos significados. Se entiende que los terapeutas y clientes son activos en este proceso, así como otras personas e

instituciones que participan en la generación de contextos o en otras palabras Bertrando (2011) nos dice:

*“Un terapeuta dialógico intenta hacer desarrollar su discurso, pero nunca intenta- lucha para no intentar- imponer su discurso sobre el discurso del otro”* (Bertrando, 2011).

Otras características importantes del diálogo que menciona son las siguientes:

- ❖ El diálogo es impredecible, no se sabe la dirección que tomará.
- ❖ El diálogo ocurre dentro de un “microfísica de poder”, refiriéndose a que el terapeuta está en un mandato social de poder y conocimiento.
- ❖ El diálogo dicta el estilo del terapeuta dentro de ese diálogo
- ❖ El diálogo está constituido de palabras y acciones.

### **Reflexiones finales**

El modelo de Milán ha atravesado varias etapas (fase psicoanalítica, estratégico-sistémica, batesoniana, constructivista, construccionista social y dialógica) en su evolución y desarrollo que han contribuido enormemente a la Terapia Familiar para conformarse como una forma de pensamiento o epistemología y no solamente un modelo (Reséndiz, 2010). De cada periodo hay aportaciones importantes que permitieron que lo último contenga algo de lo que venía antes, recibe influencia y queda moldeado por ello, sin embargo ya tiene otra forma y no es lo mismo, es decir cada cambio ocurre en una continuidad y es transformado, en una relación recursiva entre lo teórico y práctico a lo que Bertrando (2011) se refirió como la perspectiva epigenética de las teorías y del terapeuta.

Entre las contribuciones más importantes del original cuarteto de Milán (Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata) está el artículo de “hipótesis, circularidad y neutralidad”, a partir de éste el estilo del grupo dejó de ser estratégico para volverse más batesoniano con una amplia gama de cambios teóricos y prácticos, como la atención que se dio al proceso mismo de entrevistar y preguntar, la renovada centralidad en los contextos, volviéndose más importante el proceso de la terapia que el contenido. Este artículo fue el último que escribieron los cuatro juntos y marcó la separación física y epistemológica del grupo. Selvini y Prata estaban interesadas en definir tipologías conectadas con diagnósticos (cibernética de primer orden) mientras que Boscolo y Cecchin estaban más interesados en la formación de terapeutas y como el terapeuta construye su realidad (cibernética de segundo orden). De esta manera Boscolo y Cecchin continúan aprendiendo y desarrollando conceptos teóricos y clínicos diferentes al incluir el lenguaje, las historias y las construcciones sociales, el tiempo y conceptos clave como la *irreverencia y los prejuicios* lo que hace más compleja la aproximación sistémica de Milán. Actualmente muchos docentes del modelo de Milán consideran a Boscolo y Cecchin como dos hemisferios del mismo cerebro, al primero en un principio epigenético de la construcción del

terapeuta y la continuidad. Y al segundo orientado hacia las distintas posiciones del sistema, la temporalidad y la discontinuidad (Reséndiz, 2010).

### **El enfoque narrativo**

#### **Origen y desarrollo**

Con las visiones posmodernas, surgió el enfoque narrativo que según Michael White ha tenido dos fuertes influencias en Bateson y Foucault, las ideas de Bateson acerca de la importancia de la epistemología, como una forma de entender la manera en que los seres vivos pautan el mundo que habitan, entendiendo que todo conocimiento requiere de un acto de interpretación (Tomm, 1989). De Foucault, retomó el análisis que hace del poder y el conocimiento, cómo el poder se inserta en los espacios más recónditos y cotidianos de la vida de las personas para moldearlos y sujetarlos (White y Epston, 1980). Hablar de terapia narrativa es referirse a una forma particular de entender la identidad de las personas, los problemas y los efectos que estos tienen en la vida de las personas, implica una forma específica de hablar con las personas acerca de sus vidas y sus problemas, así como, una manera especial de entender la relación terapéutica y la terapia en sí (Ochoa de alda, 1995).

La terapia narrativa comenzó a llamar la atención de muchos terapeutas familiares durante la década de los 80's ya que planteaba una manera innovadora de entender el quehacer terapéutico y de concebir los problemas de las personas. Su propuesta básica, lograr una separación lingüística entre el problema y la identidad del paciente, abriendo con ello, un espacio para que la persona tome decisiones más efectivas acerca de sus problemas y a la influencia de estos sobre su vida, implicaba para los terapeutas una nueva forma de pensar acerca del lenguaje dentro de la conversación terapéutica, así como de la forma de lograr que las personas tomaran posturas y acciones diferentes frente a sus problemas (Tomm, 1989).

Los exponentes principales del modelo narrativo son David Epston y Michael White, trabajaron de manera independiente, uno en Nueva Zelanda y el otro en Australia, pero reconocen su influencia mutua y su intercambio de ideas, logrando de esta manera, un cuerpo teórico fuerte (White y Epston, 1980).

#### **Supuestos básicos**

Bruner (1990) refiere que la narración es una de las formas más poderosas de discurso en la comunicación humana, ya que la estructura narrativa está presente en cualquier interacción social, por simple que ésta sea. Para que una narración sea eficaz, se necesita que contenga cuatro elementos indispensables: *una acción dirigida a metas, un orden secuencial, sensibilidad para no*

*violar los cánones de la interacción humana y un narrador.* Asimismo, las narraciones están compuestas por panoramas duales, uno de acción, que describe los hechos secuenciados en una dimensión temporal, y uno de la conciencia, constituido por los significados que los personajes y los lectores dan a los hechos que se desarrollan en la historia.

La metáfora narrativa se refiere al giro que se da en la posmodernidad de pensar en la realidad como una construcción social mediada por el lenguaje. Es decir que las personas construimos nuestra realidad contando historias, que moldean nuestras vidas, y al mismo tiempo forman nuestro marco de interpretación de todo cuanto ocurre en ellas. En la psicoterapia se trabaja con las narraciones y los significados que las personas les dan a esas narraciones, tomando en cuenta los cánones y estructuras sociales dentro de las cuales fueron creadas y por los que en sí mismas, llevan un constreñimiento implícito. El relato funge como marco de interpretación primario de la experiencia y es por esto prioritario el trabajo con estos relatos en la terapia (White y Epston, 1980; White, 1989).

Para White y Epston (1980), el constreñimiento implícito en las narraciones que las personas hacen de sus vidas, es lo que las lleva a buscar ayuda terapéutica, por lo cual, el trabajo con estos relatos, se impone como prioritario. Para este propósito, los autores plantean la necesidad de objetivar y externalizar estos relatos, permitiendo que las personas separen su identidad de la historia, quedando en libertad para explorar otros conceptos, otras maneras de ser y de estar dentro de sus vidas. Lo que busca entonces, es trastornar las verdades y realidades que se asumen como incuestionables, para contextualizarlas y relativizarlas, logrando de este modo que lo que antes era un mundo ordinario, estable y conocido, se transforme en un lugar exótico, lleno de eventos extraños y extraordinarios. Para lograr lo anterior, la terapia narrativa propone ciertas prácticas preferidas y las plantea como caminos de trabajo posibles. Si bien cada pregunta hecha por el terapeuta es en sí misma una ruta a explorar, no existen desde este modelo caminos correctos, simplemente hay múltiples direcciones posibles a elegir.

### **Prácticas de este enfoque**

Como se mencionó anteriormente el objetivo principal de la terapia narrativa es deconstruir la narrativa dominante y al hacerlo el consultante experimenta cambios a nivel cognitivo, conductual, afectivo y social. Para lograrlo el terapeuta narrativo hace uso de diversos recursos terapéuticos orales o escritos, para buscar narrativas alternativas o eventos extraordinarios que cuestionen a la narrativa dominante. En cuanto a la relación terapéutica se da una relación igualitaria y respetuosa entre consultante y terapeuta (White, 2002).

Bertrando y Toffanetti (2004) describen el proceso terapéutico en 6 componentes, que no necesariamente siguen un orden secuencial, pero sí brinda un panorama claro acerca del proceso terapéutico desde la narrativa:

1. Conocer de forma empática, información de la vida del consultante en el momento que acude a terapia.
2. Se establece una conversación externalizadora.
3. Trazar un panorama de los efectos del problema en la vida del consultante.
4. Generar narrativas alternativas al relato dominante en el que el problema está presente.
5. Re-autoría, con preguntas que buscan cambiar la visión del consultante respecto a sus habilidades y posibilidades de actuar, y generar una visión diferente del problema.
6. Colaborar para que las nuevas narraciones alternativas tomen fuerza, por ejemplo buscar personas significativas para el consultante que puedan apoyar el cambio.

A continuación se explican las intervenciones principales desde este enfoque:

Las *conversaciones externalizantes*, que ocurren todo el tiempo dentro de una terapia narrativa, son formas de hablar que separan a las personas de los problemas, las cuales requieren un cambio en el uso del lenguaje, pero principalmente involucran un cambio de actitud y de orientación en la conversación. El terapeuta narrativo al escuchar la experiencia de la persona con su problema, espera oír una frase o una palabra que describa aquello que está interfiriendo en su vida, para posteriormente utilizarlo de tal manera que quede clara su postura frente al problema: este se encuentra afuera de la persona y no forma parte de su identidad. De esta manera, lo que antes era un adjetivo que calificaba a la persona o un verbo que daba cuenta de su conducta, se convierte en un sustantivo que señala aquello que está interfiriendo en su vida, nombrando de esta manera al problema (White y Epston, 1980 ).

Las *conversaciones externalizantes*, abren un espacio para que las personas se separen de sus problemas, restándoles de esa manera influencia sobre sus vidas, a la vez que las empoderan, permitiendo que se describan a sí mismas desde un discurso no saturado por el problema. Así el *problema es el problema*, mientras que el problema de la persona, *es la relación que mantiene con el problema*. Una vez que éste se encuentra externalizado, se abre la puerta para que el terapeuta y las personas indaguen acerca de la influencia del problema en sus vidas (White y Epston, 1980).

Las *preguntas de influencia relativa*, las cuales ayudan a hacer una descripción mucho más extensa de la que habitualmente las personas hacen de sus problemas en cuanto a tres aspectos: *influencia del problema*, se examina la forma en que el problema afecta la vida de las personas y sus relaciones. *Influencia de las personas*, buscan identificar la influencia que los miembros de la familia y las personas importantes del consultante tienen en la persistencia del problema. *Acontecimientos extraordinarios*, destacan los eventos en los que el problema no está presente en su vida o en los que ha podido sustraerse de él, lo que da un sentido de agencia personal (White, 1989).



Estos *eventos extraordinarios* son importantes para la terapia narrativa, ya que pueden servir como introducción para hacer descripciones más ricas acerca de la vida y las relaciones de la persona y pueden ser el punto de partida, para comenzar a escribir una historia alternativa fuera de la influencia del problema. Asumir que los problemas no son exitosos al momento de invadir la vida de una persona, implica también creer que existen acontecimientos que contradicen la historia dominante, la tarea del terapeuta será entonces identificarlos y ayudar a que las personas, que mantienen una relación con el problema, participen activamente en la generación de nuevos significados, que permitan a los involucrados dejar de cooperar con el problema y comenzar a construir una *historia alternativa* (White y Epston, 1980).

Para comenzar con esta tarea, White (1980) propone el uso de las *conversaciones de re-autoría*, las cuales ayudan a colocar a los eventos extraordinarios dentro de un contexto donde se les atribuye significado y coherencia. Estas conversaciones invitan a las personas a hacer lo que generalmente hacen, es decir, a unir eventos de sus vidas en secuencia a lo largo del tiempo, en concordancia con un guion o trama. A través de hacer preguntas sobre el *panorama de la acción y de la conciencia*, el terapeuta crea un *andamiaje* que motiva a las personas para tratar de entender lo que ha sucedido en sus vidas, cómo ha sucedido y qué significado tienen estos eventos extraordinarios. En este sentido, las *conversaciones de re-autoría* estimulan un replanteamiento de la vida y de la historia de las personas.

Conforme va emergiendo esta nueva historia, es tarea del terapeuta narrativo cooperar con las personas para que ésta adquiera forma y fuerza. White (1989) propone varios caminos posibles para lograr esto:

- ❖ Las conversaciones de remembranza
- ❖ La inclusión de coterapeutas expertos (antiguos clientes expertos en lidiar con cierto tipo de problemas)
- ❖ Participación en rituales y celebraciones
- ❖ Las ceremonias de definición con grupos de testigos externos
- ❖ El uso de documentos terapéuticos como diplomas, certificados, manuales, notas de la sesión, videgrabaciones, etc.

Los caminos que decida emplear el terapeuta para afianzar las narraciones alternativas emergentes son infinitos y dependerán de la familia y el terapeuta.

### **Reflexiones finales**

La propuesta narrativa ha sido aplicada a distintas problemáticas, de manera creativa, mostrando los alcances y las limitaciones del modelo. En este sentido, ha demostrado ser de especial ayuda cuando la vida y las relaciones de las personas que consultan, se encuentran paralizadas por discursos atrapantes y problematizadores, cuando las historias de vida limitan la existencia de las personas, permitiendo un margen muy pequeño para el cambio y cuando el discurso dominante le impide a la persona construir una vida más placentera.

De manera particular, la Terapia Narrativa ha mostrado excelentes resultados cuando es usado en casos de violencia, anorexia nerviosa, encopresis, depresión, trauma y abuso sexual, etc.

### **El equipo de reflexión**

Tom Andersen (1994) descubrió la técnica del equipo de reflexión en su práctica clínica en Noruega, cuando después de varios años de trabajar con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentir una incomodidad de terapeuta experto y a enfrentar con sus colaboradores los dilemas que se les presentaban al regresar sus comentarios e intervenciones que darían a sus clientes. A partir de esto decidieron que los clientes vieran y oyeran la forma en que reflexionaban acerca de ellos, abriendo la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas, sin que ellos tuvieran que dirigir las conductas de sus clientes.

De acuerdo con Andersen (1994, 1995) los postulados teóricos que retoma para el trabajo con equipo de reflexión se desprendieron inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foerster, Von Glasersfeld, de las ideas de Bateson sobre la “diferencia que hace la diferencia”, y de las aportaciones de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento y el “multiverso”.

Uno de los conceptos sobresalientes del equipo reflexivo es generar un “multiverso” en la descripción de un problema, es decir, que pueda comprenderse y describirse de diferentes maneras (Andersen, 1994).

Otra aportación importante es la forma de preguntar, hacer preguntas inusuales a los consultantes de tal manera que puedan movilizar sus recursos para resolver sus problemas. El equipo reflexivo se encuentra detrás del espejo y puede estar conformado por una o más personas que escuchan la entrevista con el consultante. El equipo no da instrucciones sobre cómo llevar la entrevista con la familia o consultante, se procura que el equipo no discuta entre sí, al encontrarse con la familia en la sala de terapia ofrecen diferentes distinciones acerca de la entrevista.

La familia puede decidir escuchar o no escuchar las diferentes versiones que ofrece el equipo acerca de su situación. Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema pueden hablar entre sí de las cosas que les hizo pensar el equipo reflexivo.

Es relevante la manera en que el equipo pueda dar sus opiniones acerca de la situación para crear junto con la familia la diferencia que hace la diferencia para que se facilite un cambio.

- El equipo habla de forma tentativa o en forma especulativa acerca de su versión de la entrevista. “Me da la impresión que...”
- No expresa sus opiniones como connotaciones negativas.
- Se recomienda retomar las palabras de los clientes por ejemplo si es una familia artística se pueden hacer metáforas de la situación.

- No se dan consejos de lo que debe hacer la familia.

### **Reflexiones finales**

Para el grupo de Reflexión, lenguaje y cambio son dos conceptos que no pueden considerarse separados, la conversación es la actividad central de construcción del cambio en terapia. De esta manera, para que se produzca el cambio y haya una noticia de novedad, las conversaciones que se desarrollan dentro del espacio terapéutico tendrán que ser diferentes de las habituales, aunque no demasiado para que resulten ajenas a las personas. Para que estas conversaciones suficientemente diferentes se desarrollen, es necesaria la colaboración de clientes y equipo, de tal manera que se genere el espacio para que un proceso social de generación de significados y acciones alternativas surja, dando lugar a procesos reflexivos que de acuerdo con este modelo, pueden representar la oportunidad para encontrar una salida a situaciones problemáticas.

### **El enfoque colaborativo**

La postura colaborativa, surge como resultado del trabajo de crítica, reflexión y análisis de dos de los fundadores del Houston Galveston Institute, Harold Goolishian y Harlene Anderson. Ellos comenzaron a trabajar juntos en Galveston, a principios de los setentas con la terapia de Impacto Múltiple desarrollada por Goolishian en los cincuentas, se trabajaba con las familias intensamente durante dos o tres días consecutivos, el equipo puso mayor relieve en los sistemas relacionales, los recursos de la familia y la multiplicidad de voces. Para los ochentas adoptaron las ideas del construccionismo social y la Hermenéutica, con lo que dieron el “giro interpretativo” a su trabajo, lo que implicó un cambio en su práctica clínica basada en el paradigma interpretativo (Beltrán, 2004). De acuerdo a Anderson, el enfoque colaborativo puede ser definido como *un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades*” (Anderson, 1997, p.28).

La Hermenéutica y el Construccionismo social, posturas que aunque distintas tienen similitudes. Ambos examinan los supuestos que mueven a las creencias y prácticas cotidianas, comparten una perspectiva comprensiva que acentúa el sentido construido, en cuanto a que los significados son creados en la relación con otros y son siempre susceptibles de diferentes interpretaciones. Para las dos el lenguaje ocupa un lugar central, creencias y prácticas se vinculan, *se crean en y ocurren en el lenguaje*.

La Hermenéutica se ocupa de la comprensión y las interpretaciones de los textos o discursos incluidos en la conducta humana, y de la comprensión de las creencias, los supuestos y las

intenciones que influyen en el intérprete. Para la hermenéutica no se alcanza un significado verdadero, cada interpretación es una versión de la verdad y la verdad se construye a través de la interacción de los participantes y es contextual. En este sentido Anderson (1997) nos dice que comprender es sumergirnos en el horizonte de otra persona y es un proceso recíproco donde uno se abre al otro, se trata de un proceso activo en donde el horizonte no es fijo. Y el terapeuta no puede llegar a comprender o captar las intenciones o significaciones de los clientes, el entendimiento y la comprensión no radica en las personas sino en el diálogo mismo.

El Construccinismo social hace referencia a una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento y una multiplicidad de interpretaciones. En este sentido el conocimiento incluido el conocimiento de uno mismo, es una construcción comunal, un producto del intercambio social. Las ideas, las verdades, el propio ser, son producto de las relaciones humanas de una comunidad de personas y relaciones. Para el *Construccinismo social* el contexto es conceptualizado como un dominio multirrelacional y lingüístico, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales.

### **Fundamentos teóricos.**

La propuesta de Enfoque Colaborativo se fue conformando, en la medida en la que se fueron incorporando ideas del paradigma posmoderno al quehacer terapéutico. La posmodernidad impuso un reto importante a la terapia familiar, desafiando no sólo su método de indagación y de trabajo, sino su objeto de estudio y su concepción misma del individuo. Para la posmodernidad el foco de interés de la terapia no se encuentra en el interior del individuo, ni en la familia, sino en *las personas en relación, como constructores de sistemas de significado* (Goolishian y Anderson, 1992).

El enfoque colaborativo, retomó de la posmodernidad dos de sus perspectivas interpretativas, la *Hermenéutica* y el *Construccinismo Social*, como base para proponer una transformación de la cultura terapéutica.

Apoiados en lo anterior, Anderson y Goolishian (1996), construyen las premisas en las que basan su propuesta de ejercicio terapéutico, señalando así que:

1. Los sistemas humanos son, tanto generadores de lenguaje, como de significados.
2. Los significados y la comprensión son construcciones sociales.
3. Los sistemas se forman dialógicamente alrededor de los problemas, tanto en la terapia como fuera de ella.
4. La terapia es un hecho lingüístico de búsqueda y exploración mutuas.
5. El terapeuta es un participante observador y facilitador de la conversación terapéutica
6. El principal instrumento de trabajo del terapeuta, es la formulación de preguntas conversacionales desde una postura de *no-saber*.
7. Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo y lingüístico en el cual se gestaron

8. El cambio en la terapia surge con la creación de una nueva narrativa, que re-lata y re-relaciona los hechos de la vida de las personas, abriendo la oportunidad para una nueva mediación.

Así en la propuesta colaborativa, la terapia se transforma en un contexto socio-construccionista, en el que el cliente y terapeuta coparticipan para construir, a través del lenguaje, nuevas narrativas. Las conversaciones terapéuticas serán la arena en la que, a través del lenguaje, se diluyan los problemas, se cambien los significados y se construyan nuevas narrativas (Goolishian y Anderson, 1992).

### **Una postura filosófica**

El tipo de participación del terapeuta se ha descrito como una postura filosófica: *una forma de ser en relación con el otro*, es también una posición de reflexión sobre los conocimientos y sesgos del terapeuta (Anderson, 1997). La aproximación colaborativa se interroga sobre la influencia del conocimiento en las relaciones interpersonales y viceversa. Tradicionalmente, el terapeuta es visto como el poseedor un conocimiento, conocimiento que determina su relación con el consultante. El terapeuta que adopta esta postura crea una relación que abre espacio para la construcción de conocimiento, de nuevos significados. Con este afán, muestra una actitud de *respeto, curiosidad y apertura*; hace públicos sus supuestos, al mismo tiempo que asume su carácter contingente y relativo.

Desde esta postura filosófica, el terapeuta participa en una *exploración compartida*. El intercambio toma forma a partir del vocabulario, las descripciones y narraciones del consultante (Anderson, 1997; Levin, London y Tarragona, 1998). Al centrarse en aprender el lenguaje y los significados de cada cliente en particular, desde *una postura de genuina curiosidad*, el terapeuta comienza a desechar sus opiniones expertas sobre cómo debería vivir la gente sus vidas, sus intervenciones emergen de la conversación y sólo son lógicas, coherentes y útiles para esa conversación en particular, con esa familia o cliente exclusivamente. Así, *el cliente es considerado como un experto en su propia vida* y sus experiencias, mientras que *el terapeuta es visto como experto en el área de proceso*, en colaborar con cada cliente para la construcción de un diálogo que abra posibilidades.

Este tipo de conversación terapéutica, requiere que el terapeuta continuamente ajuste sus comprensiones a las de sus clientes, colocándose siempre en el camino de entender, en el proceso de comprender y por lo tanto, en un estado de cambio continuo y permanente. Así, se genera el espacio para que todos los participantes del proceso, emprendan una exploración conjunta de los problemas, en un proceso donde las personas *hablan con las personas*, en oposición a otros modelos terapéuticos donde la terapeuta *les habla a las personas* (Goolishian y Anderson, 1992).

En el proceso de una conversación colaborativa, el terapeuta es uno más de los participantes, que contribuyen a la construcción de nuevas narrativas emergentes y cambiantes, al surgimiento de lo *no-dicho*. Pero este proceso no sólo tiene un efecto sobre los clientes, el terapeuta también corre el riesgo de ser afectado, ya que se trata de un proceso influencia mutua, donde *el cambio es la consecuencia natural de la conversación* (Anderson y Goolishian, 1996).

Para este Enfoque, una noción básica que guía la postura del terapeuta es *la transparencia* o el *hacer público sus diálogos internos*, sus pensamientos, prejuicios, temores, especulaciones, etc., de tal manera, que mostrar y colgar a la vista de todos los participantes en la conversación, sus incertidumbres y saberes, permitirá que también estos se sometan a la reflexión, al cuestionamiento, pero que a la vez, puedan contribuir a la exploración de nuevos caminos. Reflexionar de esta manera, puede ayudar a estimular la emergencia de múltiples voces y perspectivas dentro del proceso terapéutico. Este hacer público se halla en contraposición a la postura tradicional del profesionista, que en su papel de experto, guarda para sí ciertos saberes, en una especie de “agenda secreta”, que solo él conoce (Anderson, 1997).

Esta postura filosófica, no es una estrategia artificial ni una actuación que busca un objetivo particular, pero si es intencional en la medida en la que tiene “*el propósito de ser abierta, genuina, apreciativa, respetuosa, invitante y curiosa, todo lo cual es importante para estar en una relación terapéutica mutua, colaborativa, cooperativa e igualitaria*” (Anderson, 1997, p.152).

### **Reflexiones finales**

Me parece que puede resultar difícil visualizar este tipo de terapia, ya que no se estructura a partir de acciones, técnicas o pasos específicos. El reto para el practicante es traducir esta postura para responder a las particularidades de la situación. Luego, las expresiones y acciones del terapeuta varían de acuerdo al consultante y al contexto.

Dentro de esta práctica hay un marcado interés por las formas de intercambio que hacen viable el diálogo y colaboración. Algunas de estos formatos para el diálogo se han llevado a ámbitos extraterapéuticos, como el trabajo en comunidades que realiza Anderson. Asimismo esta filosofía de la terapia me propone a desechar las opiniones de experto, sobre cómo debería vivir la gente sus vidas y propone una terapia hecha a medida de los consultantes, es decir, las intervenciones emergen de la conversación y solo son lógicas, coherentes y útiles para esa conversación en particular, con esa familia o cliente exclusivamente.

### *III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales*

*“...Recientemente vi un cliente en terapia individual que bebe, se droga y está deprimido, no sabe si estar con su esposa o con otra mujer. Al final después de haber hablado con el grupo detrás del espejo le dije “usted tiene tres o cuatro posibilidades” una es suicidarse (lo había intentado un par de veces). Otra posibilidad es regresar con su antigua esposa que tal vez lo está esperando. La tercera es correr detrás de esta nueva mujer que tiene. La cuarta todavía no se nos ocurre....él se fue furioso con todos, y después el encontró la cuarta solución: dejó de consumir droga, dejó de beber y decidió regresar a visitar a su esposa”*

Cecchin

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

El desarrollo de habilidades clínicas terapéuticas, implica la adquisición de conocimientos y competencias para llevar a cabo con éxito las diferentes etapas de un proceso terapéutico. De acuerdo con esto, presento a continuación, la integración de dos expedientes clínicos, los cuales corresponden al trabajo que lleve a cabo con algunas de las familias con las que colaboré a lo largo de mi formación como terapeuta familiar. Para el primer caso se empleó un formato denominado “el terapeuta de relevo”, utilizándose cuatro terapeutas diferentes que fueron relevándose o sustituyéndose en cada una de las sesiones; con el objetivo primordial de enriquecer el proceso terapéutico con las diferentes voces y estilos de los distintos terapeutas, debido a que el estilo de cada terapeuta y su forma de expresar estos rasgos fueron únicos y personalizados reflejándose creativamente con la pareja. Generando reflexiones por un lado, que permitieran comprender mejor la relación entre terapeuta y consultantes; y por otro, la relación entre los terapeutas como equipo terapéutico.

En el segundo caso se utilizó el formato “coterapia de tres terapeutas” (supervisor y dos terapeutas en formación) trabajando directamente con la pareja. En los dos casos se realizó un análisis y revisión temática acerca de la *relación terapéutica y la coterapia*. El primero un concepto resbaladizo para Bertrando (2011) porque no es fácil definirlo debido a que en los intercambios que se dan entre consultantes y terapeutas se va construyendo una relación que queda definida por el marco denominado “esto es una terapia”. De acuerdo a Bertrando (2011) para que la terapia evolucione la *relación terapéutica* también debe evolucionar y no ser vista sólo como un medio o “herramienta”, sino que es un fin terapéutico en sí mismo. Por otro lado, la *relación terapéutica* puede favorecer o no, la conformación del *sistema terapéutico* fundamental para la evolución de la terapia (comunicación personal Reséndiz, 2013). El segundo concepto dada su

relevancia en la literatura en donde existen algunos acuerdos sobre sus ventajas y desventajas, también existe cierta confusión sobre sus indicaciones y contraindicaciones. En muchos casos “La coterapia” ha tomado diversas formas o variaciones siendo utilizada frecuentemente en el entrenamiento y la supervisión de estudiantes en formación como terapeutas familiares.

En un primer momento se expone la revisión temática de los conceptos para posteriormente presentar los casos con su respectivo análisis y discusión teórico -metodológica de la intervención clínica realizada junto con las reflexiones que generó la revisión temática de la *relación terapéutica y la coterapia*.

### **Revisión Temática de la Relación Terapéutica**

La *relación terapéutica* ha sido identificada como uno de los factores claves de la efectividad en la terapia (Bados, García & Fusté, 2002). Bordin (1979, citado en Arango & Moreno, 2009) señala que todos los enfoques terapéuticos coinciden en afirmar que una buena alianza terapéutica es indispensable para la consecución de los objetivos propuestos. En un estudio los pacientes refirieron puntos que desde su perspectiva ayudaban a desarrollar una buena relación terapéutica: la capacidad de diálogo del paciente, la participación de este durante las sesiones terapéuticas y su sinceridad (Pattakou-Parassiri & Nestoros, 2007).

Arango y Moreno (2009) revisaron las características que tenía la relación terapéutica en cuatro enfoques de psicoterapia que pueden considerarse como modernos: el psicodinámico, conductual, cognitivo y humanista. Encontraron que los cuatro enfoques son influidos en cierta medida por los conceptos de *transferencia* y *contratransferencia* de la teoría psicoanalítica y comparten una definición similar acerca del concepto de *relación terapéutica*, “la cual es comprendida como una relación de interacción entre dos personas que se sitúan en un contexto terapéutico al que cada una trae un estilo de relación interpersonal aprendido en el pasado” (Arango & Moreno, 2009 p.139).

Los mismos autores (Arango & Moreno, 2009) encontraron cuatro factores que aporta el terapeuta en la *relación terapéutica* en estos modelos modernos. El primero es la *empatía*, que se refiere a la capacidad del terapeuta de ponerse en la situación del consultante para comprenderlo. Esto se evidencia en las actuaciones (verbales y no verbales) del terapeuta que infunden tranquilidad en el consultante, lo hacen sentir comprendido y facilitan la conversación (Wilson & O`Leary, 1980; Fiorini, 1992 citados en Arango & Moreno, 2009). El segundo factor es la *flexibilidad*, que se entiende como la capacidad que tiene el terapeuta para ajustar sus actitudes y recursos técnicos de acuerdo con las necesidades particulares de cada consultante (Fiorini, 1992 citado en Arango & Moreno, 2009). La *iniciativa del terapeuta* es considerada como un tercer factor, que se evidencia en la capacidad del terapeuta para conducir el proceso, hacer preguntas y motivar al consultante (Fiorini, 1992). El cuarto factor, es la *actitud docente del terapeuta*, que se



evidencia en el rol de experto que desempeña dentro del proceso (Fiorini, 1992; Cormier & Cormier, 1994 citados en Arango & Moreno 2009).

Por otro lado Arango & Moreno (2009) explican que las terapias posmodernas amplían y complejizan la lectura de la relación entre terapeuta y consultante, en donde empiezan a considerar la postura ética del terapeuta, entendida como respeto y curiosidad, la responsabilidad compartida sobre el cambio y la importancia del lenguaje en el contexto terapéutico. En las terapias posmodernas, enfatizan más el proceso que los resultados. De este modo, la relación que se da entre terapeuta y consultante informa los presupuestos en los que se fundamenta la terapia, más que los resultados entendidos como efectividad, en otras palabras los enfoques posmodernos han estudiado la co-construcción de la relación terapéutica como un proceso conjunto que no se da por terminado y en el que la interacción entre el terapeuta y el consultante se construye a partir del lenguaje (Arango & Moreno, 2009).

Para Bertrando (2011) la *relación terapéutica* no es fácil de definir y es fundamental, no es un “medio” o una “herramienta” para el avance de la terapia, sino un fin terapéutico en sí mismo. Hace referencia a que el cambio terapéutico no puede ser solo un cambio en los clientes, ni un cambio separado entre clientes y terapeutas, es un cambio de los clientes junto con los terapeutas, denominado también un cambio en su relación. De esta manera si la relación terapéutica es significativa en el marco adecuado, entonces lo que el terapeuta diga puede fomentar alguna evolución significativa, explica Bertrando:

“..Las hipótesis del terapeuta pueden en realidad ser poco más que buenas historias, pero la relación que se establece permite que estas historias tengan algún sentido para la vida de los clientes” (Bertrando, 2011, p.132).

Otros puntos importantes acerca de la *relación terapéutica* son: que es difícil de definir y predecir qué forma tomará, sin embargo, es posible definir las condiciones para que aparezca. Parte de esas condiciones es el propósito consciente y experticia por parte del terapeuta, en una especie de movimiento de péndulo en donde el terapeuta se deje llevar por sus sentimientos para luego salir de ellos y observar la relación terapéutica y su posición en sistemas más amplios. En palabras de Bertrando (2011): “la condición básica para que un marco terapéutico sea aceptado es que, en un nivel muy básico, el terapeuta y cliente se agraden lo suficiente. Y es responsabilidad del terapeuta –una de las muchas responsabilidades- ser capaz de agradarle a sus clientes y hacer cualquier esfuerzo para lograrlo.” (p. 123).

De esta manera Bertrando (2011) propone el término de *conciencia sistémica o conciencia de segundo orden* para ampliar la habilidad del terapeuta, más allá de la habilidad individual para corregirse a sí mismo. Para finalizar se incluye a la emoción como fundamental en la relación terapéutica, se propone que el terapeuta esté atento a sus propias emociones, a las emociones de los otros, junto con la microcultura emocional del encuentro terapéutico. Preguntas como ¿Cuál es el sentido que adquieren las emociones dentro de este diálogo terapéutico particular? Pueden

plantearse para incluir las emociones en la consciencia del terapeuta con respecto a su posición con los clientes. La invitación de Bertrando (2011) es a la autoreflexividad de la *relación terapéutica* debido a que evoluciona y cuando la terapia aumenta el bienestar tanto de clientes como de terapeutas se debe a un proceso autoreflexivo.

Por otra parte, Anderson (1997, 2012) plantea una *postura filosófica* de ser/estar con los demás que define a la *relación terapéutica*, esta forma de *estar-con* vuelve menos jerárquica la relación entre terapeuta y clientes, el proceso se hace de dos y el resultado es más personalizado. Esta postura filosófica tiene siete rasgos definidos e interrelacionados que sirven como recomendaciones que orientan la acción y la forma de ser del terapeuta: indagación mutua, expertise relacional, no-saber, ser abierto, vivir con incertidumbre, transformación mutua y orientación hacia la vida cotidiana común. Para Anderson (2012) en conjunto ellas describen cómo piensa un terapeuta sobre la relación y la conversación con un cliente y cómo cultiva un espacio metafórico para ellas. De esta forma las conversaciones influirán en el tipo de relaciones que se tienen con los consultantes, Anderson (2012) propone el concepto de "*conversación dialógica*" refiriéndose a una conexión para vincular, compartir, explorar, entrecruzar y tejer ideas, pensamientos, opiniones y sentimientos a través de los cuales emergen novedad y posibilidad. Desde este enfoque el terapeuta y cliente mantienen una *relación de colaboración* en donde mutuamente se transforman a través de la conversación, el diálogo y el lenguaje.

### **Coterapia como parte del trabajo con familias**

Gran parte de mi interés por explorar de manera sistemática el tema de la coterapia se basa fundamentalmente en que es una opción terapéutica particularmente efectiva, la cual radica en la propia experiencia a lo largo de los dos años que abarcó mi formación como terapeuta familiar, durante la cual se atendieron diversos casos en esta modalidad, con resultados favorables para los consultantes y terapeutas en formación. No obstante, durante la formación, observé que existieron diversas dificultades, incluso un vacío en cuanto a qué cosas específicas constituyen la coterapia y que de acuerdo a la revisión bibliográfica, no existe un consenso entre diversos autores de lo que la coterapia implica y abarca (Latham, 1982). Surgiendo de ello, mi interés en hacer diferentes reflexiones en lo que respecta a este tema que es medular para los consultantes, terapeutas en formación y supervisores.

Diversos autores tienen distintas visiones y formas particulares de describir la coterapia y de hacerla (Hannum, 1981; Latham, 1982; Whitaker, 1953; Tapia y Troncoso, 1997 en Arbenoiz & Justine, 2006). La mayoría coincide en que, al menos en estructura, es la participación de al menos dos terapeutas accionando y participando al mismo tiempo con una familia o pareja. La coterapia es una modalidad terapéutica poco difundida, y utilizada, existiendo pocas referencias escritas sobre ella (desde el enfoque sistémico), toda vez que no es un modelo terapéutico, sino una herramienta terapéutica poco sistematizada. En tal sentido, constituye un hacer. La coterapia es una modalidad terapéutica en la que al menos dos terapeutas comparten el o los mismos

enfoques, tienen visiones similares al respecto de cómo se construyen las distintas realidades en las que interaccionamos, comparten ideas similares al respecto de cómo se produce el cambio; además comparten en terapia el mismo espacio y el mismo cliente (familia, pareja o individuo) con la finalidad de poder maximizar los esfuerzos terapéuticos en beneficio de los clientes (Arbenoiz & Justine, 2006).

La meta original de la coterapia era con fines didácticos, consistía en hacer participar a los terapeutas en formación en sesiones dirigidas por un terapeuta experimentado. Pronto se notó que este procedimiento aceleraba el proceso terapéutico. Los primeros en reportar estas experiencias fueron Reeve y Hadden (citados en Arbenoiz & Justine, 2006). También se señala a Adler y sus colaboradores de la Clínica Infantil de Viena como los primeros en utilizar la Terapia Múltiple en tratamientos con niños, que parecían responder más eficazmente cuando intervenían dos o más terapeutas (Adler 1990 en Arbenoiz & Justine 2006).

Carl Whitaker fue el autor que comenzó a utilizar sistemáticamente la coterapia. Él usó esta modalidad con familias esquizofrénicas y también con trastornos psicóticos. Mostró que la coterapia es una modalidad lo suficientemente fuerte como para confrontar sistemas familiares con alta disfuncionalidad (Whitaker & Malone, 1953). Por lo que coincido con Whitaker en algunos de los signos que muestran que las familias evolucionan, como por ejemplo, el aumento en la flexibilidad de los roles y también una mayor claridad en el lenguaje.

Asimismo, el modelo de Milán en sus inicios trabajaba con cuatro terapeutas, con parejas conformadas por hombre y mujer, una pareja estaba detrás del espejo de visión unilateral y la otra pareja estaba con la familia, la idea de esto era que la pareja que permanecía detrás del espejo actuara como un contrapeso equilibrador del par que atendía a la familia en el consultorio y retomando el viejo concepto del modelo de rol de la coterapia marital (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003). Posteriormente el grupo original se separó en parejas (Boscolo y Cecchin, Selvini y Prata), desaparecieron las parejas mixtas y la idea de que dos terapeutas atendieran a la familia en el consultorio, el único requisito era de responder a alguna versión del concepto de Bateson de *visión binocular*, es decir, que hubiese un terapeuta que pudiera sumergirse en la familia y otra que pudiera observarla para lograr una dimensión de profundidad (Boscolo & Cecchin et al, 2003). El método de Milán ha optado por el trabajo en equipo para supervisar a los terapeutas en formación, proporcionando a los terapeutas principiantes una participación activa, tanto a los que están detrás del espejo como a los que trabajan directamente con la familia. Un ejemplo de ello era el trabajo que hacían Boscolo y Cecchin con los terapeutas en formación (comunicación personal Reséndiz, 2011) formaban grupos de doce personas y los dividían en mitades, el primer grupo de seis (uno en el consultorio y cinco detrás del espejo) eran el grupo "T", y los otros seis eran el grupo de observación "O", cuya tarea era observar y comentar la relación entre el terapeuta del consultorio y los terapeutas restantes, solo el equipo "T" estaba autorizado a transmitir mensajes a la familia. Después de una sesión, ambos equipos podrían intercambiar observaciones e hipótesis acerca de la familia y el sistema terapéutico.

Fernández, González, Yashiro y Barrera (2006) en el modelo de Terapia Familiar Multidimensional proponen la coterapia para trabajar por una pareja formada por un hombre y una mujer, quienes alternarán los roles durante el proceso: mientras uno de los miembros trabaja directamente con la familia, el otro participa como apoyo terapéutico atrás del espejo multidimensional. Se ha observado que en el proceso terapéutico el género influye en la interacción entre el terapeuta y los consultantes. Esto puede observarse en las reacciones diferenciadas de los integrantes del sistema, cuando son atendidos por un terapeuta o una terapeuta, y los terapeutas ponen en juego tanto vivencias como creencias de género al interactuar con la familia, en otras palabras los consultantes y terapeutas reproducen en el proceso sus valores y convicciones. De esta manera la idea de incluir a un hombre y una mujer dentro del equipo terapéutico, responde a la conveniencia de utilizar ambas visiones en la interacción con la familia que puede ser complementaria para ampliar el entendimiento de la familia y diversificar sus intervenciones.

La utilización de la coterapia, tanto de dos terapeutas del mismo sexo como de distinto, tiene varios aspectos que destacan en cuanto a los beneficios para el proceso terapéutico (Garrido, 1996):

- a) Por un lado la Relatividad, que se refiere a la posibilidad de ver con "varios ojos" los mismos fenómenos. El enriquecimiento de las visiones permite una más amplia construcción compartida de la realidad. El potencial de hipótesis se acrecienta significativamente. El trabajo en equipo permite mayor creatividad y variabilidad en el funcionamiento terapéutico.
- b) La Intervención Conjunta, permite un apoyo mutuo de los terapeutas, con la puesta entre paréntesis de las propias emociones y con la posibilidad de una implicación mayor de algún miembro mientras el otro permanece un poco al margen (Garrido, M; Cobo, C. y Praena, C., 1992 en Garrido, 1996).
- c) Explicitando sus puntos de vista, planteándose mutuamente preguntas. La ventaja de esto es evidente: este diálogo entre terapeutas es un mensaje indirecto para la familia que suscita su atención y que puede hacer que entre en el juego algunos miembros de la familia que no están suficientemente implicados en la terapia.
- d) Los terapeutas pueden expresar su mutuo desacuerdo. Ello representa una diferencia que transmite informaciones y que puede encontrar, en la intervención final o resumen, el modo de diversificar y no sólo unificar las diversas ópticas de la realidad. Los terapeutas también pueden utilizar el desacuerdo para provocar al sistema familiar o de la pareja para solucionar estancamientos disfuncionales.
- e) Keith (1991) destaca la importancia de la coterapia para reducir el desbordamiento de afecto fuera de las sesiones. Existe menos probabilidad de que el terapeuta se mantenga altivo y distante durante la entrevista y vuelque su afecto afuera en un consulta de supervisión o informal con otro terapeuta, en su cónyuge o alguna persona no relacionada.

- f) En el cierre de las sesiones y en la terminación de la terapia, los coterapeutas encuentran que los sentimientos de soledad se atenúan y evitan implicarse en los intentos de "adopción o de contactos continuados" como formas de evitar el duelo. En esta línea la coterapia parece que aminora la sensación de pérdida de la familia.

En líneas generales, la coterapia permite:

1. Ampliación de las potencialidades.
2. Valoración de las diferencias.
3. Participación.
4. Corresponsabilidad.

Algunas de las desventajas más conocidas en el uso de la coterapia son:

- La lucha por el liderazgo en la sesión y el sentimiento de desplazamiento entre los terapeutas (Roller y Nelson 1993; Whitaker, 1989; Martínez de Velasco y Carrasco, 1994; en Garrido 1996). Estas luchas pueden tomar formas diversas. Así por ejemplo, los terapeutas pueden competir por el título del "mejor terapeuta familiar". También pueden competir por aparecer ante los clientes como el "más bondadoso". A veces uno de los terapeutas no mira durante toda la sesión a su coterapeuta o invalida los comentarios de éste de forma clara o sutil.
- Confusiones y falta de comunicación. Son dos situaciones que pueden darse con frecuencia. Los clientes pueden verse inmersos en dilemas que provienen de la falta de acuerdo de los terapeutas.
- Falta de congruencia entre los coterapeutas. En general los terapeutas deben estar de acuerdo en cuanto al diagnóstico y la severidad de la enfermedad de cada cliente. Si existen diferentes concepciones y metas, los clientes se pueden encontrar con mensajes incongruentes.
- Es más cara económicamente para los clientes y se encuentran más problemas para fijar los horarios con una familia entera (Keith 1991).

Limón (2012) en su aproximación a la terapia como *diálogo hermenéutico construccionista* propone que la terapia sea un espacio donde fluyan conversaciones positivas y alentadoras que les permitan a los participantes (consultantes y terapeutas) descubrir, revalorar o crear narrativas más adecuadas, efectivas y satisfactorias. En este tipo de prácticas se destaca el trabajo en equipo, gracias a que ha demostrado ser una modalidad terapéutica muy enriquecedora, debido a que conlleva importantes beneficios para favorecer la multiplicidad y diversidad de opiniones, experiencias, sugerencias, conocimientos y valores que ofrecen cada uno de sus integrantes. En esta propuesta se trabaja con cámara de Gesell, de un lado de la cámara están los consultantes

con los terapeutas asignados (terapeuta y coterapeuta), y del otro lado del espejo el resto del equipo, que en ocasiones entra como equipo de reflexión, otras ocasiones les manda algún mensaje u observación, y eventualmente sugiere alguna actividad o tarea para los consultantes. Esta modalidad contempla la horizontalidad entre todos los participantes, incluidos todos los terapeutas que estaban con los consultantes y detrás del espejo, alejándose de la jerarquía atribuida al proceso terapéutico tradicional (los terapeutas expertos y el cliente como subordinado o inexperto) o a la supervisión tradicional (el supervisor como experto y los terapeutas en formación como inexpertos). Es por ello que esta modalidad terapéutica propicia que la gente pueda escuchar otros puntos de vista. El propósito es que de estas diferentes voces surjan experiencias, opiniones y propuestas para favorecer la emergencia de un discurso encaminado a las soluciones, además de ampliar o construir narrativas más liberadoras para los participantes (tanto para los consultantes como para los terapeutas que participan en el proceso).

## **Conclusiones**

A manera de conclusión se puede decir que la coterapia es la técnica que involucra a más de un terapeuta en el desempeño psicoterapéutico para trabajar con individuos, parejas o familias con diferentes problemáticas. Una de las variantes de la coterapia es la que se trabaja en cámara de Gesell con un equipo terapéutico, los terapeutas que están dirigiendo la conversación con los consultantes y el equipo terapéutico detrás del espejo también pueden funcionar como coterapeutas al participar en las sesiones con el formato de equipo de reflexión propuesto por Andersen (1991). Con el propósito de que estas diferentes voces surjan experiencias, opiniones y propuestas para favorecer la emergencia de un discurso encaminado a las soluciones, además de ampliar o construir narrativas más liberadoras para los consultantes (Limón, 2012).

La coterapia entre hombre y mujer puede ser una herramienta particularmente poderosa de trabajo ya que nos posibilita la oportunidad de que el sistema terapéutico sea análogo a las mismas parejas y familias heterosexuales, de cierto modo se crean sistemas isomórficos con puntos similares de resonancia para el trabajo desde los argumentos que son condicionados por el género que subyace al funcionamiento de cada familia y pareja, es decir, consultantes y terapeutas reproducen en el proceso terapéutico sus valores y convicciones con respecto al género (Fernández et al, 2006). No obstante creemos que también se puede llevar a la práctica la coterapia con dos terapeutas del mismo sexo, como lo hicieron los asociados de Milán al separarse, dejó de importar que los terapeutas fueran de diferente sexo, podían ser del mismo sexo en donde un terapeuta pudiera sumergirse con la familia y el otro pudiera observar esa interacción para lograr una dimensión de profundidad o visión binocular. Asimismo estos terapeutas del mismo sexo podrían reflexionar acerca de sus prejuicios con respecto al género para utilizarlos a favor del proceso terapéutico. Es importante que el terapeuta considere que es la familia quien debe determinar los cambios que requiere hacer respecto a las construcciones de género, así como el ritmo y el momento de hacerlos; en caso contrario, cuando estas

modificaciones parten de los prejuicios del terapeuta, se pueden volver un elemento intrusivo en lugar de ser terapéutico.

Las premisas que tomamos de las posturas mencionadas anteriormente nos permitieron ampliar la visión, incrementar los recursos terapéuticos disponibles y propiciar la acción creadora. También es importante que los terapeutas que se encuentran directamente trabajando con las familias estén en constante comunicación sobre sus historias, ideologías, prejuicios (Cecchin, Lane & Ray, 1997), sus reacciones sobre ciertas situaciones con la familia, emociones que surjan, con la idea de reconocerlos sin anularlos o reducirlos en un constante proceso reflexivo que mira la relación entre los prejuicios, la relación entre los terapeutas, la relación entre el terapeuta y sus esquemas referenciales, y la relación entre el terapeuta y los consultantes (Reséndiz, 2012). En mi experiencia el poder compartir con la compañera que realice la coterapia junto con el supervisor fue fundamental para construir una relación que nos permitiera funcionar como un equipo de trabajo con la familia, en este sentido la coterapia también nos permitió incluir las diferencias de puntos de vista como parte del respeto a la diversidad que sirve también como una forma de modelaje para las familias y las parejas.

Por último esta modalidad de terapia puede ser utilizada como una estrategia de aprendizaje en la formación de nuevos terapeutas de familia del programa de Maestría con residencia en Terapia Familiar, sin embargo en contextos privados el trabajo con más de un terapeuta eleva los costos económicos de atención y en contextos públicos puede ser limitado el personal para atender la demanda de consultantes lo que dificulta que varios terapeutas atiendan a una familia, lo preferible es que los terapeutas atiendan a un mayor número de consultantes.

### **1.2. Caso 1. Forma de trabajo: Terapeuta de relevo**

Se trabajó con la familia Moreno Sánchez en cada sesión con un terapeuta diferente al cual se le denominó “terapeuta de relevo” porque el grupo de terapeutas va relevándose o sustituyéndose en cada una de las sesiones con la familia atendida, los demás terapeutas que formaron parte del equipo estuvieron de observadores detrás del espejo unidireccional en una cámara de Gesell. Como requisitos fundamentales para llevar a cabo esta modalidad de trabajo, se encuentran los siguientes:

- Plantear la propuesta de trabajo a la familia, considerando su opinión al respecto. Lo anterior llevado a cabo por el primer terapeuta del equipo al frente con la familia.
- Presentación inicial a la familia de todos los miembros del equipo de trabajo que estarán al frente de la terapia.

- Compromiso pleno de los miembros del equipo para asistir a las sesiones, le corresponda o no estar al frente de la familia.

El objetivo primordial fue enriquecer el proceso terapéutico con las diferentes voces y estilos de los distintos terapeutas, debido a que el estilo de cada terapeuta y su forma de expresar estos rasgos serán únicos y personalizados creativamente con cada familia, sus circunstancias y deseos. Así como generar reflexiones que permitieron comprender mejor la relación entre terapeuta y consultantes.

### ***Procedimiento***

La familia Moreno Sánchez asistió a seis sesiones que se espaciaron cada 15 días, sólo faltaron a una debido a problemas de salud de Nora. Participaron cuatro terapeutas en relevo, dos mujeres y dos hombres. El orden que siguió el equipo de terapeutas fue aleatorio, sin embargo coincidió que el género fue intercalándose en cada sesión.

En cada una de las sesiones los terapeutas llevaron a cabo un proceso de conocimiento y construcción de la relación con la familia, el cual fue diferente en cada una de las sesiones. Cada terapeuta realizó una breve presentación de sí mismos y favoreció la unión con los miembros de la familia que estuvieran presentes o que asistieran por primera vez a la terapia.

En cada una de las sesiones subsecuentes, los terapeutas llevaron a cabo la sesión de terapia como cualquier otra, tratando de recalcar algunos aspectos mencionados por la familia en sesiones previas para enfatizar que aunque no se encontraran de ese lado del espejo las sesiones anteriores, se hallaban presentes y tenían conocimiento del caso de manera profunda y puntual. Lo anterior con el propósito de generar en la familia la certeza de que el “nuevo” terapeuta estaba involucrado con lo que había sucedido hasta el momento en su proceso terapéutico, y por lo tanto darle mayor confianza para continuar trabajando sin dar demasiada importancia a quien estuviera al frente.

### ***Resultados***

La familia Moreno Sánchez se sintió muy cómoda con cada uno de los terapeutas con los que trabajó. La actitud de la pareja no denotó ningún tipo de rechazo o insatisfacción por tener un terapeuta distinto en cada sesión, y por otro lado, el compromiso con el proceso parecía ser el mismo que con otras familias con las que se ha trabajado, a la vez que los comentarios que cada



miembro de la familia realizaba, su apertura, escucha y participación, fueron iguales en cuanto que todos los terapeutas tenían el conocimiento teórico y la postura del modelo de soluciones, pero diferentes en cuanto a que cada terapeuta utilizaba su propio estilo para aplicar las intervenciones con la familia, además de que cada terapeuta tiene su propia visión del modelo y de la familia.

No fue difícil para ninguno de los terapeutas lograr al inicio de cada sesión el establecimiento de una relación con la familia, por lo que no fue necesario usar tiempo adicional en presentarse nuevamente y generar un ambiente de confianza y comodidad, sin embargo en la conversación se trabajó en la *relación terapéutica* de tal forma que permitiera el avance del proceso y de la relación misma.

### INTEGRACIÓN DEL CASO

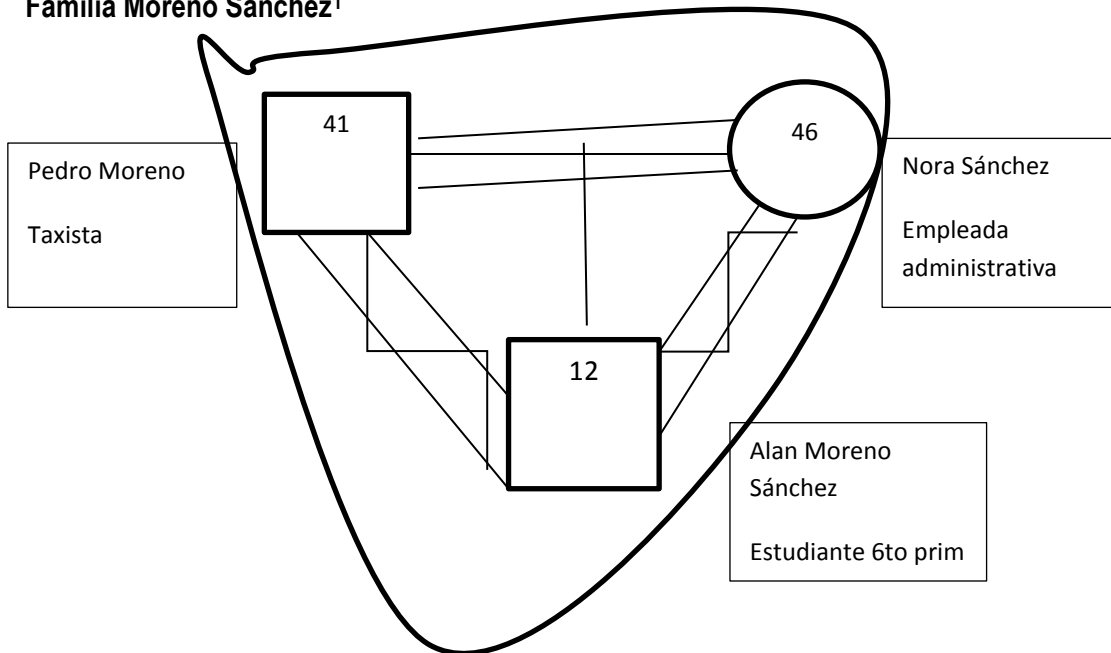
**Familia:** Moreno Sánchez

**Motivo de consulta:** solicitaron la atención debido a los problemas de rebeldía que tenía con su hijo Alan.

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala Díaz

### FAMILIOGRAMA

Familia Moreno Sánchez<sup>1</sup>



## **Organización de la familia**

Se observó a una familia con hijo adolescente, cumpliendo tareas de la etapa de consolidación de la pareja, que implica la separación respecto a las familias de origen y el establecimiento de nuevas reglas de convivencia. En este caso, la pareja se unió por un tiempo en el que no logró consolidarse debido a que Pedro en palabras de Nora “era muy irresponsable” en su función parental. Después viene una nueva fase de convivencia en donde Pedro y Nora decidieron volverse a unir, tal vez con la idea de que iban a poder ayudar mejor a su hijo. Esta nueva unión que llevaba solo algunos meses representó todo un proceso de reorganización para los tres integrantes.

Al parecer el tiempo de separación que tuvieron Pedro y Nora les vino bien, porque a partir de este evento, Pedro se vuelve más responsable en la convivencia con Alan y tienen otro tipo de acercamiento de pareja en donde tienen más acuerdos con respecto a la educación y convivencia con Alan. Sin embargo la nueva unión les ha complicado ejercer la función parental con Alan aunado a que éste también pasa por otra etapa de cambios llamada adolescencia. Es a partir de que Alan se fuga del hogar por una semana cuando deciden buscar la terapia porque no encuentran la manera de que sea más obediente y menos rebelde a las reglas familiares.

Respecto a los límites se observaron límites difusos entre los padres y Alan, en donde las consecuencias no están bien establecidas y las reglas poco claras. En ocasiones la madre protege a Alan formando una coalición en contra de Pedro descalificando el ejercicio de autoridad de éste con Alan, por lo que recurre a la violencia verbal para corregir a Alan.

Entre las posibles hipótesis que se hizo el equipo con respecto a las interacciones de la familia están las siguientes:

- ❖ Alan a través de su conducta rebelde puede estar haciendo esfuerzos para unir a sus padres a fin de que puedan mantenerse como pareja parental e integrarse como familia.
- ❖ El comportamiento de Alan puede estar relacionado con un conflicto de jerarquías y límites difusos en donde antes los establecía sólo su madre y ahora que los establecen los dos genera conflictos entre el subsistema parental y el adolescente. Es probable la existencia de una dificultad para definir las jerarquías que asumen cada uno de los padres y que esto genere ambigüedad en los mensajes que recibe el adolescente respecto a quien es la figura a la que debe obedecer. Ante esta ambigüedad, es probable que el comportamiento de Alan se dirija a mantener alianza con su madre para mantener su lealtad hacia ella y no hacia el padre.

- ❖ El comportamiento rebelde de Alan descalifica a la pareja en su función de padres por lo que no deberían estar juntos. Alan defiende su posición que tiene con su madre tal vez de hijo parental queriendo expulsar al padre.

### **Análisis y discusión teórico -metodológica**

#### **Sesión 1.**

**Fecha:** 14/02/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez

**Terapeuta:** Mariana Ortiz

**Terapeutas a cargo:** Laura Mancera, Joan Le Turq, Raúl Reducindo.

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu.

**Pre-sesión:**

- La terapeuta planteó como objetivo de la sesión, unirse a la familia, indagar el motivo de consulta y concretar las metas del cliente respecto de lo que desea del asistir a terapia.

**Desarrollo de la sesión:**

Asistió a sesión la señora Nora Sánchez comenta que hace cuatro meses vino en busca de terapia para ella y para su hijo Alan. Refiere que por el mes de octubre su hijo de 12 años se salió de casa y se fue a la de un tío materno. A éste tío, Alan le contó que su papá era violento (verbalmente) con él.

Nora señaló que hace cinco años se divorció del señor Pedro, y que después del divorcio éste estuvo más involucrado y fue más responsable con ella y su hijo. Actualmente, mencionó que fue posible que se hubiera “precipitado con la decisión de divorciarse” pues señaló que junto a su pareja hubieran podido arreglar la situación de otra manera. Posteriormente relató que tanto ella como el señor Pedro siguieron teniendo contacto y que alrededor del mes de abril del año pasado comenzaron a retomar su relación como pareja, ya para octubre del mismo año comentó que decidieron volver a vivir juntos al lado de su hijo Alan.

A raíz de lo anterior Alan tomó la decisión de irse con su tío, pues no estaba de acuerdo que su papá regresara a la casa. La señora Nora interpretó que la molestia de Alan se debía a que ahora habría alguien en casa que le pondría reglas y límites a su hijo, pues refirió que a ella le costaba trabajo ponerlas. En esta situación la señora Nora osciló entre que Alan era un hijo desobediente y que ellos no habían sido tan buenos padres. Alan después de una semana de estar con su tío regresó con sus papás, y desde entonces han estado juntos, la señora comenta que después de esto se han encontrado mejor.

*Hasta este punto de la sesión, la terapeuta solo había hecho preguntas relacionadas con el contexto de la organización familiar, si existía violencia hacia Alan y la exploración de la dinámica que había llevado a que el hijo se fuera de casa. La terapeuta había trabajado con la unión a la familia y la descripción del problema, por lo que aún faltaba buscar excepciones y definir objetivos con la consultante. Las aperturas que pudo haber tomado para empezar a entrar dentro del modelo y hacer énfasis en la búsqueda de soluciones (De Shazer, 1989) fueron dos principalmente: la primera cuando Nora refirió que Alan regresó a casa, se pudo preguntar ¿Cómo le hicieron para que su hijo obedeciera y regresara al hogar?; y la segunda cuando Nora comentó que ahora su familia se encontraba mejor, esta última parte hubiera hablado de todas las cosas que se encontraban funcionando, los recursos, etc. La entrevista llevaba ya casi una hora, por lo que la terapeuta fue llamada por la supervisora para que realizara la pausa.*

### **Inter sesión y cierre:**

La terapeuta realizó la pausa y acudió con el equipo terapéutico. El equipo comentó que ya había pasado un tiempo considerable de la sesión y no se había concretado el motivo de consulta, por lo que invitó a que la terapeuta lo realizará, además mando un elogio para la consultante sobre lo que habían visto en sesión.

De regresó, la terapeuta cuestionó a la consultante sobre cómo le sería útil el espacio de terapia para ella y su familia. Nora comentó que le gustaría utilizarlo para que a ella y a su esposo “los orientaran como padres”, además de que le gustaría vivir en armonía con los suyos. La terapeuta cuestionó a Nora sobre qué significaba la armonía para ella, mencionó que armonía para ella sería estar más integrados y platicar más.

Finalmente la terapeuta transmitió el elogio que refería que el equipo observaba la preocupación de los padres por Alan y como habían estado al pendiente de pedir ayuda, además se reconoció lo complicada que era su situación y mejoría, por lo que el equipo se cuestionaba ¿cómo lo habían logrado? Asimismo la terapeuta dejó a Nora como tarea la pregunta del milagro: “Si mientras durmiera ocurriera un milagro y se solucionan sus problemas, ¿Cómo se daría cuenta al otro día que existe armonía en su casa?, ¿Qué harían?, ¿Qué sería diferente?, ¿Cómo sería ese día?”.

*Para el cierre de sesión la terapeuta intentó definir los objetivos de una forma concreta y resoluble, tal y como el modelo de soluciones plantea (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990), sin embargo esto no fue posible debido a la ambigüedad de las respuestas de la consultante y a la dificultad que tuvo la terapeuta para plantear las preguntas que permitieran definir los problemas en términos concretos y solucionables, por lo que al final decidió dejar la "pregunta del milagro" con el objetivo de que la próxima sesión se definieran los objetivos de terapia de una manera más concreta y por ende solucionable (Cade & O'Hanlon, 1993).*

**Post sesión:**

-La supervisora comentó que era importante conocer la pauta de disciplina y límites que establecían los padres con Alan. También refirió la importancia de buscar información sobre escuela para padres, para orientarlos en alternativas de establecimiento de límites.

**Sesión 2**

**Fecha:** 28/02/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez y Pedro Moreno

**Terapeuta:** Raúl Reducindo

**Terapeutas a cargo:** Laura Mancera, Joan Le Turq, Mariana Ortiz

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu.

**Presesión**

- Se discutió la manera de incluir a Pedro en la sesión, preguntarle si habló con su esposa de lo que trató la sesión pasada. Pedirle a su esposa que le hiciera un resumen de la sesión pasada.
- Establecer unión con la pareja para darle continuidad al proceso terapéutico.

**Objetivo:**

- Incluir a Pedro en la sesión, sus motivos de consulta, conocer cómo vive la situación, incluirlo en la pregunta del milagro.

## Desarrollo de la sesión

Se le dio la bienvenida a Pedro y se le preguntó algunos datos que faltaban de su ocupación y escolaridad, refirió que manejaba un taxi y que tenía bachillerato incompleto por abandonar los estudios por necesidad económica. Se le pidió a Nora que le hiciera un resumen a su esposo de lo que se trató la sesión pasada, ella comentó su idea de que Alan se fue porque no quiere que Pedro tenga autoridad sobre él y el esposo dio su opinión de cómo veía la situación:

*“mi hijo está en rebeldía total de repente está muy tranquilo y después muy efusivo, antes con el deporte se mantenía más tranquilo, se cansaba”.*

*Como parte de la postura del modelo de soluciones se estableció unión (O’Hanlon & Weiner Davis, 1990) con Pedro y Nora debido a que era la primera sesión que el terapeuta tenía con los dos, se hizo más énfasis en preguntarle a Pedro como veía la situación que comentaba su esposa, debido a que era la primera vez que asistía con nosotros y era importante incluir su voz y opinión.*

Pedro dijo que tiene fricciones con su hijo, dice que él es de carácter cerrado, que se porta enérgico si él no acata las reglas. El terapeuta le hace la pregunta ¿A qué cree que se deba la conducta de Alan? *“La conducta de Alan puede deberse a que estoy entrando en su terreno, a su mamá la manipula y la mueve. Mi hijo quiere que lo apapache y yo muy exigente con él. Alan me apapacha con su forma de ser, es tosco, lo veo con un corazón muy tierno y noble”.* El terapeuta retomó el comentario de Pedro sobre cualidades de su hijo ¿Por qué cree que su hijo tiene un corazón tierno y noble? A lo que Pedro refirió *“Nos reímos de cualquier simpleza, es compasivo con la gente indigente, le gusta los instrumentos musicales, es participativo en la escuela, les gustan los deportes”*

*El terapeuta con estas preguntas empezó a amplificar los recursos que los padres ven en Alan y a despatologizar las conductas problemas del hijo (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990) de esta manera contribuyeron a que los padres tengan una visión más positiva de su hijo.*

Después Nora comentó que los problemas empiezan cuando su hijo tiene que cumplir con las tareas escolares o las domésticas, ubican estos problemas desde que su hijo era pequeño y no empezaron a consecuencia de que ellos se volvieron a reunir como pareja. La supervisora llamó por el interfono al terapeuta para que retomara la pregunta milagro en la sesión y empezar a definir objetivos. El terapeuta les preguntó la pregunta milagro y Pedro respondió que le gustaría saber que tendría que ocurrir para que el milagro ocurra y se viera más armonía en la familia. El terapeuta retomó el comentario acerca de Alan, que hizo su cuarto cuando se le condicionó por la asistencia al fútbol y se les hizo la observación de que el milagro ya está ocurriendo en la familia.

Pedro ubicó los cambios en la conducta de Alan: *“Desde el momento en cómo te habla, y como te abraza. Y si llegara y te abrazara, estaría contento, habría más alegría, podríamos platicar más,*

*reírnos más, de tan solo verlo sonreír nos contagia, hace que te armonice todo el ambiente. Las tareas las haríamos todos juntos. Haría quehaceres sin que le dijéramos, como poner la mesa, porque somos un equipo”.*

*El terapeuta retomó la pregunta milagro (De Shazer, 1985) para que los padres se ubicaran en las soluciones posibles y definir objetivos concretos en la terapia. Además de que pudieran visualizar que cosas quieren ver en su familia en lugar del problema.*

En este momento de la sesión hubo otra llamada de la supervisora para preguntarles ¿Cuál sería el papel de ellos en la realización de la armonía en la familia? Para no centrarse solo en la conducta de Alan. Y los padres respondieron lo siguiente:

*“Dedicarnos a entenderlo mejor. Ayudándolo en lo que necesitara, que viera que puede contar con nosotros en cualquier momento. La armonía sería más enfocada en la familia, sería más tolerancia, trabajamos todo el día, si dedicarle más tiempo, hacerlo que se integre más, para que nos platique más y nos tenga más confianza. Que fuéramos más tolerantes los tres. Aprender más los tres”*

El terapeuta les avisó que haría la pausa de la sesión para discutir algunas ideas con el equipo y les hizo una pregunta escala. ¿En una escala del 1 al 10 en donde 10 es la armonía en donde quisieran estar en donde se ubicarían en este momento? Los dos coincidieron que se encuentran en un 5. Y les preguntó que tendrían que hacer para llegar a un 6, el terapeuta les comentó que cuando regrese de la pausa retomará la pregunta. Los padres hablaron mientras el terapeuta iba con el equipo.

*El terapeuta utilizó la pregunta escala para sondear los cambios y hacerlos patentes (De Shazer, 1994) de tal manera que los padres van evaluando los cambios que tienen y lo que pueden seguir haciendo para mantener o mejorar la situación familiar.*

Al regreso de la pausa el terapeuta retomó la pregunta escala de lo que pueden hacer para subir a un 6 y los padres dijeron: *“que él nos vea que estamos más de acuerdo para que no nos manipule, Apapacharlo más, irle encontrando su lado, tolerar más sus abrazos, más comunicación y tratar de premiarlo cuando hace las cosas bien”.*

Asimismo el terapeuta les transmitió las ideas que se discutieron con el equipo, se les elogió por ser unos padres tan comprometidos por la educación de su hijo, rescatando las cosas positivas que ven en su hijo como compasivo, bromista, maduro, sociable y deportista. Se les preguntó si creían que su hijo estaba lejos de irse otra vez de la casa y los dos comentaron que su hijo había aprendido la lección y no estaban preocupados ya por eso. Se les comentó que para el equipo las sesiones se veían como una unión de expertos, donde ellos nos comparten sus conocimientos en

cuanto a lo que les ha funcionado para guiar a su hijo y nosotros compartimos algunas ideas con ellos acerca de lo que hemos visto que algunas otras familias les funciona en estos casos.

*Para finalizar la sesión el terapeuta utilizó el elogio (O'Hanlon & Weiner Davis, 1990) como una manera de reconocer y resaltar los recursos de la familia, el enfoque hacia el futuro con respecto a la posibilidad de que Alan volviera a abandonar el hogar lo que generó un futuro optimista acerca de la familia y en congruencia con la postura de este modelo.*

### **Tarea**

Se les dejó de tarea escrita para la próxima sesión ¿Qué han hecho para que Alan este más participativo? Y se les dijo que el equipo traería otras ideas para colaborar con ellos.

### **Postsesión**

- Se observó que el terapeuta al inicio de la sesión se sintió tenso y en la medida que fue avanzando se fue relajando, durante 30 min realizó la unión con la familia y le dio voz al papá para incluirlo en el proceso.
- Se habló que no se tocaron los desacuerdos que se mostraron en la pareja para la educación de su hijo. Parece también que no están claras las actividades de cada uno en la casa.
- Se señaló que la señora funciona como co-terapeuta y hay que utilizarla más.
- Utilizar preguntas escalas contrastándolas con el pasado o el futuro.

## **Sesión 3**

**Fecha:** 27/marzo/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez

**Terapeuta:** Laura Mancera

**Terapeutas a cargo:** Raúl Reducindo, Joan Le Turq, Mariana Ortiz

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu.

### **Presesión**



- Se discutió en equipo que la terapeuta haría comentarios de las sesiones anteriores para unirse y acomodarse rápidamente con la familia y darle continuidad al proceso.
- Retomar la pregunta escala para saber cómo van los cambios en la familia y hacerlos patentes en acciones concretas.

### **Desarrollo de la sesión**

La terapeuta estableció una fase social con Nora, le preguntó ¿Cómo habían ido las cosas en el mes que no nos habíamos visto? y la razón por la que no había asistido su esposo, Nora refirió que no habían asistido porque ella se enfermó de los riñones, no obstante les había ido mejor con Alan y que su esposo llegaría más tarde por cuestiones del trabajo. Nora comentó que hubo más armonía entre ellos, la terapeuta le pidió que le pusiera ejemplos de esa armonía y Nora dijo que fue en términos de cooperación por parte de Alan en aspectos personales y de quehacer doméstico, como mantener su recámara arreglada, sus cosas ordenadas y en el lugar que le corresponden a estas.

*Con este tipo de preguntas acerca de la armonía la terapeuta trata de aterrizar en términos concretos lo que es la armonía para Nora que de acuerdo al modelo se debe buscar descripciones conductuales que permitan resolver el problema en términos de conductas, lo que también permite el planteamiento de objetivos con los cuales evaluar el cambio en ese momento y más adelante (O'Hanlon & Weiner Davis, 1990).*

La terapeuta escaló la cooperación por medio de la pregunta escala, a decir de Nora se encontraban en un 6 en comparación de la sesión anterior en donde se ubicaron en un 5. La terapeuta le preguntó ¿Qué había hecho ella para que subieran de un 5 a un 6? Nora dijo que ella se había mantenido firme al no discutir con Alan y que tampoco le había preparado la mochila y el uniforme para el día siguiente, dejando que él se hiciera responsable de sus cosas. Asimismo refirió que su esposo estuvo más tolerante con Alan al pedirle las cosas de mejor manera con lo que su hijo también tuvo una mejor actitud y le bajo a la rebeldía.

*Nuevamente se hacen uso de las preguntas escala para sondear los cambios y hacerlos patentes (De Shazer, 1994) de tal manera que los padres van evaluando los cambios que tienen y lo que pueden seguir haciendo para mantener o mejorar la situación familiar.*

## Cierre

Al regresar la terapeuta de la pausa transmitió el siguiente mensaje a Nora y Pedro (que se integró al final de la sesión) se les comentó que Nora le platicara a Pedro en casa de lo que había tratado la sesión. El mensaje que se les transmitió fue el siguiente: se elogió el avance que habían tenido todos como familia al percibir los cambios de un 5 a un 6, en donde ellos contribuyeron con la firmeza y la tolerancia hacia su hijo. Y la importancia que ellos pudieran establecer una disciplina consecuente y constante de tal manera que a su hijo le quedarían más claras las “reglas del juego”. Se le brindó información bibliográfica acerca de disciplina adolescente para que ellos puedan tener más ideas de cómo establecer consecuencias a la conducta inadecuada de Alan y podrían combinar la firmeza con la tolerancia en su estilo de educación. La terapeuta le preguntó a Nora cómo se había sentido con ella y dijo que muy bien, se había sentido a gusto con la nueva terapeuta de relevo.

## Postsesión

- Se discutió en el equipo la importancia que los padres pudieran establecer consecuencias con su hijo y que no dependieran de su estado de ánimo para establecerlas.
- Se comentó que hizo falta construir con Nora más soluciones y ampliarlas porque se obtuvo mucha información y pocas intervenciones desde el modelo de soluciones.
- La terapeuta se unió y co-construyó una relación terapéutica en donde Nora se sintió cómoda y escuchada.
- Fue difícil incluir a Pedro en el final de la sesión, sin embargo hizo comentarios que al parecer lo hicieron sentir incluido y tomado en cuenta.

## Sesión 4

**Fecha:** 17/abril/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez y Pedro Moreno

**Terapeuta:** Mariana Ortiz

**Terapeutas a cargo:** Laura Mancera, Joan Le Turq, Mariana Ortiz y Raúl Reducindo

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu.

**Pre-sesión:**

- El equipo sugirió que se indagara la pauta de disciplina en la familia: desde que hacen los padres para que Alan haga sus deberes hasta cuáles son las consecuencias que tiene si no cumple con ellos.
- La supervisora sugirió que se buscara hablar en términos de interacción, es decir como estaba relacionada la conducta de los padres con la conducta de Alan

**Desarrollo de la sesión:**

Asistieron a la sesión Nora y Pedro. La terapeuta preguntó a la pareja si les había sido útil la información, proporcionada por la terapeuta anterior de escuela para padres y si habían tenido tiempo de revisarla. La señora Nora refirió haber leído las páginas que le recomendaron, mismas que compartió con su esposo.

*Desde un inició la terapeuta intentó dirigir la conversación hacia el objetivo de los padres, construir cooperación y disciplina en su hijo Alan, y así trabajar hacía un proceso de terapia breve, aspecto importante de la terapia centrada en soluciones (De Shazer, 1985). Con la invitación de la sesión anterior a revisar información sobre escuela para padres, fue una buena oportunidad de retomar el tema y poder empezar a hablar en términos de interacción, asimismo, el tema daba la pauta para hablar de las consecuencias y la disciplina que tenían Pedro y Nora con su hijo y de la cual no sabíamos algo al respecto. En el modelo de soluciones también se hace énfasis en la interacción (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).*

Ambos refirieron que en ocasiones se les dificultaba lograr que Alan diera inicio a sus actividades, para lograr que las llevara a cabo, Pedro intentaba “poner el ejemplo”, y hacer lo que le correspondía y así Alan entendiera e hiciera sus actividades. Nora, por su parte destacó que también le insistían a su hijo para que iniciara sus responsabilidades y que el que insistía más era Pedro. Posteriormente, Nora cambió el tema y mencionó que ya había notado cambios en Alan, pues refirió que su hijo había hecho algo diferente y había escuchado el consejo de ellos de que hiciera su tarea desde el viernes. Al respecto, la terapeuta preguntó a los padres ¿cómo habían logrado que el viernes Alan hiciera su tarea? Después de varios comentarios, llegaron a la conclusión, en conjunto con la terapeuta, de que ellos lo habían logrado hablando con él sobre las consecuencias positivas de que la hiciera y motivándolo con el disfrute de sus vacaciones.

*En este momento la terapeuta estaba intentado aterrizar de una forma concreta las conductas que los padres tenían respecto a las desobediencias de su hijo. Con esto tenía la*

*intención de empezar a delinear la pauta relacional que los padres tenían en la disciplina de Alan y que para el modelo de soluciones es importante (De Shazer, 1989). Se retomó la excepción (O'Hanlon & Weiner Davis, 1990) que planteó Nora con la intención de estimularla y ampliarla a con la pregunta de ¿cómo habían logrado que Alan hiciera la tarea? con la intención de destacar que ellos como padres habían logrado algo importante, que su hijo obedeciera, y así señalar la línea interaccional en la que ellos influían en las conductas de su hijo.*

Posteriormente, la terapeuta siguió indagando sobre los cambios que habían notado los padres respecto a su hijo Alan e hizo referencia a la sesión anterior en la que señalaron encontrarse en un 6 (en una escala del 0 al 10 en cuanto a cooperación y respeto de reglas de su hijo) y les cuestionó si habían aumentado. Tanto Nora como Pedro coincidieron localizarse en un 8 de la escala. Respecto a lo anterior, la señora refirió dos momentos importantes en los que Alan hizo caso. En el primero Alan obedeció a su madre en cuanto a que no irían de vacaciones a Morelos, ni podía mandarlo sólo porque estaba aún muy pequeño. El segundo momento implicó a Pedro manteniéndose firme con Alan de no llevarlo a un partido de fútbol, en donde el padre refirió los motivos y su hijo los comprendió. El que Alan obedeciera pudieron lograrlo explicándole sus planes a su hijo, hablándole claro y detallando su razones. Ambos padres estuvieron de acuerdo en las dos ocasiones, sin embargo señalaron que si no se ponían de acuerdo frente a Alan, él podría manipularlos y saber quién era el padre "más débil", por lo que desde hace algún tiempo, si en el momento no estaban de acuerdo después lo discutían en privado.

*Con la escala que propone el modelo de soluciones (De Shazer, 1985) nuevamente la terapeuta hizo que evaluaran los cambios que habían tenido como padres y hacerlos patentes a través de esta escala. Además destacó la relación en cuanto al hecho de que se pusieran de acuerdo estuviera relacionado con que su hijo obedeciera y empezaran a vislumbrar mejor la relación de sus actos en la obediencia y cooperación de Alan.*

Por otro lado Nora, señaló que una tía de su hijo, le comentó haber visto más tranquilo y maduro a Alan. Ella refirió que después de analizarlo observaba, también más maduro a su hijo y que pedía las cosas de forma diferente. La terapeuta cuestionó que si el cambio que había tenido Alan, en cuanto a madurez y tranquilidad tenía que ver con que ellos como padres se ponían más de acuerdo, no se restaban autoridad y habían sido más firmes. Ambos asintieron, sin embargo, también Nora refirió que para ella era importante la tolerancia y que él que debía ser más tolerante era Pedro, por lo que incitó a que su esposo se expresara de una manera más tolerante y pidiera de buena forma a su hijo que realizara sus actividades.

*Con la pregunta interaccional (relacionando lo que los padres hacían con la obediencia de Alan) la terapeuta hizo énfasis en lo que ellos ya estaban haciendo pero en términos simples,*

*concretos y tangibles. Por lo que lo anterior, estuvo relacionado con el principio de parquedad que refiere el modelo de soluciones en donde se destacaron los medios de una forma simple y directa para que los padres llegaran a su fin, disciplinar.*

La terapeuta recapituló y mencionó a los padres, que en cuanto a la cooperación y disciplina de Alan, habían mencionado encontrarse en un 8, y que este 8 estaba conformado por cosas que ellos también habían realizado, como ser firmes, tolerantes, ponerse de acuerdo, no restarse autoridad el uno al otro y el pedir las cosas de buena manera. Después, la terapeuta indagó sobre qué les haría falta para que subieran a un 9. Ambos refirieron que continuar haciendo lo que estaban realizando y después verían los avances que se irían teniendo. La pareja refirió haber logrado el avance, hablando más entre ellos y con Alan y explicarle que lo que hacían era para su “beneficio”. Por otro lado, la terapeuta señaló que ambos habían dicho que para aumentar a un 9 tenían que mantenerse, por lo que indagó cómo le harían para realizar eso. Nora comentó que continuar así, siendo tolerantes y firmes, además de seguir informándose.

*La escala en el modelo de terapia centrada en soluciones tiene una amplia forma de trabajarse (Cade y O’Hanlon, 1993; De Shazer, 1985), y en este caso la terapeuta la utilizó como un enfoque hacia el futuro, para ver qué es lo que habían hecho y además para indagar como mantendrían lo logrado.*

Posteriormente entró el equipo reflexivo.

### **Equipo Reflexivo**

*El equipo reflexivo no es propio del modelo centrado en soluciones, tiene su origen en la propuesta de Tom Andersen en donde un grupo de terapeutas entran a sesión y realizan reflexiones entre ellos mismos, de lo observado en la conversación del terapeuta y los clientes (observan detrás de un espejo bidireccional). El terapeuta y los clientes pueden escuchar o no lo que se comenta. Los comentarios que realiza el equipo, van encaminados a abrir posibilidades, cuestionar creencias, destacar valores o conductas, proporcionar una mirada diferente a la que se ha dado en la conversación, resaltar recursos, etc., con el fin de que esto sea de utilidad para los consultantes e incluso el terapeuta, y abra caminos de conversación entre ellos y sí mismos. Después de que el equipo se va, el terapeuta pregunta a la familia qué le llamó la atención de lo escuchado (Andersen, 1991). La supervisora propuso el equipo de reflexión ya que había diversas ideas en el equipo, que al tratar de englobarlas en un solo mensaje de cierre de sesión para la familia, perdían su riqueza y diversidad, por lo que se decidió incluir esta modalidad de trabajo,*

*considerando además que las bases epistemológicas de la propuesta reflexiva, como parte de los enfoques posmodernos era compatible con el modelo de soluciones.*

Los comentarios del equipo oscilaron entre elogios, re-enmarcamientos y cuestionamientos a la pareja. Los temas principales fueron:

- La pareja se estaba dando cuenta de que Alan estaba madurando debido a que ellos hacían cosas para ayudarlo a madurar.
- La pareja se había encontrado en dos momentos diferentes. El primero, encontrado en el pasado, cuando la pareja se volvió a unir, y sus estilos chocaron. Y el segundo, encontrado en el presente en donde se estaban reacomodando. Donde cada quien con su estilo, Pedro más firme y Nora tolerante, había aprendido a combinarse.
- Cada padre podía aprender del otro. Nora de Pedro a ser más firme y Pedro de Nora a ser más tolerante.
- Los padres habían tomado las riendas de ser papás y no lo habían dejado a la espontaneidad.
- Si el equipo asistiera a su casa cómo se darían cuenta de que están siendo tolerantes en casa, ¿Qué acciones tendrían que ver los integrantes del equipo para ver que ellos son más tolerantes?
- Que la tolerancia no quitara espacio para la firmeza. Lo que había funcionado con Alan había sido más la firmeza que la tolerancia.
- La tolerancia y la firmeza no se excluían.

### **Cierre**

Sobre los comentarios del equipo, Pedro refirió que se había quedado pensando en que tendría que hacer él para demostrar que estaba siendo tolerante, pues “no era lo mismo decirlo que hacerlo”. Nora señaló que se quedó reflexionando lo comentado de que “la mamá estaba por un lado y el papá por otro” y se habían juntado, pues señaló que al pasar esto se dio una reorganización que había sido difícil., sin embargo ahora identificaba que estaban mejor, asimismo destacó, que le había llamado la atención lo mencionado sobre la firmeza.

Finalmente, la terapeuta le cuestiona a la pareja qué podían hacer para llegar a un 9. El señor refirió que les costaría trabajo mantener ese 8 por que habían subido dos puntos y para él era demasiado. La terapeuta refirió que podía ayudarlos el mantenerse en la misma frecuencia. La señora por su parte comentó que tal vez no subirían un punto más, pero que sí podrían mantenerse. Pedro señaló que les costaría trabajo mantenerlo y la terapeuta mencionó que ella confiaba en que así lo harían.

*La terapia centrada en soluciones no prescribe las recaídas, así que en el momento la terapeuta señaló que confiaba en que ellos lograrían mantenerse en un 8, haciendo hincapié en la premisa de que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).*

**Post-sesión:**

- Se comentó que cada sesión la pareja había mejorado y no habían retrocedido, esto se permitió apreciar por el uso de las escalas.
- El equipo de reflexión enriqueció y complementó el trabajo hecho con el modelo de soluciones.

**Sesión 5**

**Fecha:** 8/mayo/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez

**Terapeuta:** Joan Le Turqc

**Terapeutas a cargo:** Laura Mancera, Mariana Ortiz y Raúl Reducindo

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu.

**Presesión**

En la presesión el equipo habló principalmente de dos dudas que les quedaron acerca de la sesión pasada:

1. Sobre los estilos que tienen los padres para establecer límites a Alan ¿Qué piensa ella del estilo de él? y viceversa
2. ¿En qué cosas se puede ser tolerante y en cuáles no?

**Desarrollo de la Sesión**

El terapeuta en turno se presentó con Nora y le dijo que había estado al pendiente de su proceso.

*De acuerdo a lo comentado acerca del “terapeuta de relevo”, este parece ser un aspecto importante en la unión del terapeuta con la familia.*

Nora refirió que habían estado mejor, que tuvieron una plática en la cual se llegaron a acuerdos, por lo que hubo un cambio todavía mayor al que habían tenido en las sesiones anteriores. El terapeuta le recordó que en una sesión se encontraban en un 6, en la pasada en un 8 y en esta sesión dijo que estaban en un 9, con lo que el cambio en la familia estaba ocurriendo en la dirección deseada.

*En este momento al terapeuta le parecía importante ponerle nombre al cambio y establecer una magnitud del mismo desde que comenzó la terapia, por lo que utilizó nuevamente la pregunta escala propuesta por De Shazer (1985).*

Nora refirió que Pedro y Alan tuvieron una pelea porque Alan se había enojado que a su papá le celebraran su cumpleaños, sin embargo a partir de esto los dos pudieron hablar y resolver la situación. El terapeuta le preguntó ¿Qué fue diferente en esta situación? Y Nora dijo que en lugar de un “sermón” fue un diálogo de padre a hijo. Pedro moderó su tono, y Alan respondió bien, porque ahora es más obediente, y ha entendido que no son sus enemigos sino todo lo contrario. Ella también le dijo que normalmente ha sido barco, pero que no quiere que le falte al respeto a partir de ahora y respete su jerarquía.

*La pregunta de ¿qué fue diferente? es una pregunta de fórmula para saber desde su punto de vista cuáles fueron las conductas que determinaron el cambio y así poderles dejar la tarea de seguir por el mismo camino. (Cade & O’Hanlon, 1993).*

Después de esto el terapeuta realizó una recapitulación de los cambios que se han venido dando en la organización familiar. Al parecer ella tenía una tendencia más hacia la flexibilidad y Pedro hacia la rigidez, parece que ambos necesitaban complementar la parte de la que el otro carecía en su estilo de crianza y eso generaba algo parecido a un desacuerdo. Y ahora lo que ha estado ocurriendo y les ha dado al parecer buenos resultados es moverse ambos hacia el estilo del otro para que no estén tan alejados sus estilos y haya un mayor acuerdo. Asimismo se les reconoció el hecho de que ellos se han acercado a los libros y han aprendido la importancia de no restarle autoridad al otro.

*El terapeuta con esta intervención re-enmarcó las acciones de la familia en un nuevo momento más funcional y orientado a los recursos (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990).*

Nuevamente el terapeuta retomó la pregunta escala de ¿Qué hacía falta para que llegaran a un 10? y Nora dijo que por el momento sólo les bastaba con mantenerse en un 9. Observó que Alan está más maduro, corroborado por comentarios también de familiares “saluda y plática más, tiene



otra actitud". Al cierre de la sesión se hizo un equipo reflexivo a partir de las diferentes ideas que se dieron en el equipo terapéutico.

### **Equipo reflexivo**

- Se comentó que era importante averiguar porque Alan estaba enojado por la fiesta de su papá y explicar las razones que ellos tuvieron para castigarlo, y no dar las cosas por hecho.
- Se reconocieron los cambios que han tenido a partir de las preguntas escala y la importancia de que los padres puedan mantener su posición de autoridad y que con los adolescentes funcionan las intervenciones más concretas y no sólo apostar al diálogo.
- El equipo se preguntaba si habría ciertos obstáculos que los podrían hacer bajar del 9, ¿Cuáles serían esos obstáculos? O esas señales de alarma que les podrían avisar de que están perdiendo un poco el rumbo. Y que podrían hacer ellos para superar esos obstáculos que se les pudieran presentar.

Lo que le llamó la atención a Nora fue la importancia de no apostar todo al diálogo y tomar lo de las acciones concretas para establecer consecuencias a su hijo. Con eso se terminó la sesión y el terapeuta se despidió haciendo énfasis en que pudiera asistir Pedro a la última sesión de cierre del proceso.

### **Postsesión**

- El terapeuta pudo unirse rápidamente con Nora, los comentarios que hizo de sesiones anteriores le sirvieron para darle continuidad al proceso haciéndolo más familiar o conocido para Nora.
- Nora volvió a recibir bien los comentarios del equipo asintiendo en varios de los comentarios y retomó ideas importantes para ella.
- En ocasiones el terapeuta puso etiquetas que no co-construyo con Nora siendo relevante en este modelo no poner etiquetas negativas que obstaculicen el proceso.

## Sesión 6

**Fecha:** 29/mayo/12

**Personas que asisten a la sesión:**

Nora Sánchez y Pedro Moreno

**Terapeuta:** Raúl Reducindo

**Terapeutas a cargo:** Laura Mancera, , Mariana Ortiz y Joan Le turcq.

**Supervisora:** Mtra. Miriam Zavala.

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu

### Presesión

- Se discutió la manera cerrar el proceso utilizando la pregunta de escala del cambio que desean obtener como familia, preguntar de qué forma fue útil el proceso para la familia, acerca de su vivencia con diferentes terapeutas y con el equipo de reflexión.

### Objetivo:

- Cerrar el proceso utilizando la pregunta escala del cambio y comentar la vivencia del proceso con los consultantes.

Se les comentó que en la sesión pasada Nora había dicho que se encontraban en un 9 en el cambio que ellos querían lograr como familia, se le preguntó a Pedro si coincidía con este punto de vista de su esposa y él dijo que sí *“para mí es un nueve flotante, que hay que reafirmar o pulir”*. El terapeuta les preguntó ¿cómo era un nueve flotante? Y Pedro refirió que a veces sube y a veces baja, cuando sube se acerca a 10 y cuando baja se acerca a un 8. Se les preguntó si ellos consideraban que tenían esas herramientas para pulir ese 9 y que se acerque a un 10, ellos dijeron que sí tenían esas herramientas cómo la constancia de seguir con Alan, cambios de actitud entre ellos para resolver sus diferencias. Comentaron que ven maduro a Alan, que ante un bajón de 9 a 8 podrían utilizar la armonía, la comunicación, lecturas y a las personas que le den un buen ejemplo a su hijo, amigos o de la familia también. Por otro lado mencionaron que entre ellos continuamente también se llaman la atención para recordarse las cosas que ayudan en la relación, entre ellos y con Alan como no gritarse, pedirse las cosas y combinar la firmeza y la tolerancia para educar a Alan *“no creo que bajemos, estamos seguros que queremos seguir adelante”*(Pedro).

En otro momento de la sesión se les preguntó cómo había sido para ellos la experiencia de tener varios terapeutas en las sesiones, en primera instancia Pedro comentó que no quería venir a terapia y que asistió con una armadura puesta, cuando salió de la primera sesión a la que asistió pudo dejar su armadura. Nora comentó que eran diferentes puntos de vista de distintas personas y que eso les dio otra visión haciendo referencia al equipo de reflexión que se dio con ellos. El terapeuta les preguntó si querían que fuera diferente la sesión de cierre con el equipo y dijeron que les gustaría que el equipo les comentara como los ve y que pudieran interactuar con ellos. Se hizo la pausa e ingreso el equipo.

Cada uno se presentó y la interacción con los consultantes fue cara a cara, el equipo hizo referencia a los logros que ellos habían tenido como familia, se reorganizaron como pareja y como padres, y que ellos hicieron cambios desde el principio de las sesiones, y cómo se iban moviendo gradualmente a través de las diferentes sesiones, tomaron acuerdos y no se restaron autoridad con su hijo. Se les hizo énfasis en los recursos que ellos tienen para enfrentar las posibles dificultades que se les llegaran a presentar en un futuro como familia. Los consultantes interactuaron con el equipo y resaltaron los comentarios con el equipo enriqueciéndolos y ampliándolos.

Pedro. *“Nos sentimos importantes, varias personas nos ponían atención y hacían un trabajo de equipo, retomaban cosas que nosotros decíamos, yo me quite la armadura y la deje tirada desde la primera vez que vine. Se enfocaron todos a la solución de nuestra familia. Tenían la misma esencia aunque eran diferentes personas”.*

*“Nos vemos felices si seguimos haciendo estas cosas en un futuro”.*

Nora. *“Se veían que estaban enfocados hacia el objetivo, había una continuidad, venían enterados cada uno de lo que pasó en la sesión anterior, al principio fue incómodo pensar que la gente nos estaba observando, y después nos fuimos relajando”.*

*“Yo lo veo en unos diez años más independiente a mi hijo en un ambiente sano, y nosotros apoyándolo”*

### **Seguimiento del caso**

No se pudo realizar el seguimiento del caso debido a que en el número que se marcó dijeron que la familia se había mudado de domicilio.

### Reflexiones del terapeuta de relevo

Es importante hacer una reflexión que permita identificar las diversas razones por las cuales el trabajo con el equipo de terapeutas o “terapeuta de relevo” dio resultados positivos en este proceso terapéutico y así poder sustentar teóricamente el trabajo que se tuvo con esta familia.

En cuanto a los resultados obtenidos con la familia respecto a la *relación terapéutica* y utilizando el formato del “terapeuta de relevo”, podría decir que concuerdo con lo propuesto por Bordin (1979, citado en Arango & Moreno, 2009) en diferentes estudios, donde una buena alianza terapéutica es necesaria para obtener la consecución de los objetivos propuestos, sin embargo, la relación terapéutica no es un “medio” o una “herramienta” para el avance de la terapia como es entendida en varios modelos modernos revisados previamente (Arango & Moreno, 2009), sino un fin en sí mismo (Bertrando, 2011). Se entiende la *relación terapéutica* desde los modelos posmodernos en donde se enfatiza más en los procesos, la posición ética del terapeuta con las posturas de *respeto* y *curiosidad* propuestas por Cecchin (1987), entendiendo la *relación terapéutica* como un proceso que no se da por terminado y en el que la interacción entre terapeuta y consultante se construye a partir del lenguaje (Arango & Moreno, 2009; Anderson 2012). En contraposición a los modelos modernos en donde el terapeuta es visto como un experto que tiene un conocimiento acerca de la naturaleza humana o sobre las dificultades del cliente (Anderson, 1997), promueve un cambio en los consultantes a partir de técnicas e intervenciones, y establece un diagnóstico que determina el tratamiento a seguir y los objetivos de éste, así mismo, cuando debe terminar la terapia o dar de “alta” al paciente.

Anderson (1997, 2012) plantea siete rasgos definidos e interrelacionados que definen la manera en que el terapeuta *esta con* los consultantes y la forma en que su *postura filosófica* se traduce en acciones para generar una *conversación dialógica*, donde la consecuencia natural es la transformación de consultantes y terapeutas. Cada terapeuta que participó en este proceso tenía una postura que iba en congruencia con el modelo de soluciones, el modelo colaborativo y el equipo de reflexión, reflejándose en el proceso que se dio en cada una de las sesiones con la familia Moreno Sánchez, cada terapeuta con su estilo y creatividad propias, junto con la familia generó una *relación terapéutica* distinta y a la vez similar que permitió la conclusión exitosa del proceso, caracterizado por relaciones de colaboración, diálogo y lenguaje enfocado a las soluciones.

Entre las diferencias que pude observar de los terapeutas que atendimos a esta familia fueron:

- ❖ que las mujeres eran más activas en las sesiones, haciendo más preguntas y síntesis de los temas abordados en las mismas; de las dos terapeutas, una era cuidadosa y cálida en su discurso, y la otra directa para decir las cosas, con un tono de voz que reflejaba mayor seguridad.
- ❖ En contraparte, los terapeutas hombres éramos más pasivos para realizar preguntas, comentarios o recapitulaciones de los temas discutidos en la sesión. Uno más

reservado para expresar emociones con el discurso y el otro utilizando el sentido del humor para darle mayor intensidad en ocasiones al diálogo.

- ❖ Estas diferencias de estilo de los terapeutas le aportaron a la familia diversidad de voces e ideas que ellos aprovecharon para reorganizarse y hacer cambios en sus relaciones. Considero oportuna la analogía que hace Bertrando (2011) del diálogo como una danza interactiva, ya que en ambos se crean movimientos, emociones y ritmos. De esta manera cada terapeuta tuvo su propia “danza interactiva” con la familia en donde se incluían además de palabras, emociones, y movimientos que construyeron una relación terapéutica particular con la familia.

De acuerdo con Tarragona (2006) existen principios básicos que comparten los modelos posmodernos y que desde mi punto de vista también fueron parte de la postura de cada “terapeuta de relevo”:

- ❖ *Interés en lo que sí funciona:* cada terapeuta y el equipo terapéutico que se relacionaba con la familia ponía el foco en los recursos de la familia y en la construcción de soluciones.
- ❖ *El cliente como estrella:* el terapeuta asume que los consultantes son expertos en su propia vida y el terapeuta no asume una posición de experto, sino una posición de *no-saber* (Anderson, 1997), el terapeuta no antepone preconcepciones o teorías para conversar con los consultantes, es experto en guiar conversaciones dialógicas y no jerárquicas.
- ❖ *El lenguaje como eje central de la terapia.* En la *postura filosófica* de la terapia colaborativa, conversación, diálogo y lenguaje son elementos generadores de significados (Anderson, 1997). El lenguaje no sólo describe la realidad sino que la construye, en otras palabras el lenguaje le da sentido a nuestras experiencias.
- ❖ *La terapia como colaboración o «sociedad».* Se hace énfasis en el proceso terapéutico como una actividad en la que participan conjuntamente clientes y terapeutas. Desde esta perspectiva la terapia no es algo que se le hace a alguien, sino que se hace con alguien. Los clientes y los terapeutas son compañeros o socios en la conversación, la construcción de soluciones o el desarrollo de nuevas historias e identidades.
- ❖ *La multiplicidad de perspectivas o «voces».* Se retoma “la idea recurrente dentro de la crítica posmoderna es que existen muchas «voces» o realidades humanas” (Tarragona, 2006 p.516). Estos enfoques consideran que la multiplicidad de perspectivas o descripciones es un importante recurso en la terapia. En este

proceso psicoterapéutico se incluyó esta pluralidad o polifonía de voces a través de distintos terapeutas trabajando con la familia, en donde cada terapeuta desarrolló su propio estilo de entender el proceso y la relación con la familia. Otra manera de incluir estas distintas voces en el proceso fue a través del grupo reflexivo, realizado en algunas sesiones.

Cada “*terapeuta de relevo*” utilizó los elementos delineados anteriormente, (algunos más, algunos menos) como parte de su postura para construir una relación terapéutica específica y diferente con la familia Moreno Sánchez, sin embargo las diferentes experiencias de vida, la manera de entender la teoría y de llevarla a la práctica, son cuestiones que cada terapeuta va integrando a su persona (Boscolo y Bertrando, 1996) y que son parte del baúl de herramientas que cada uno ocupa para construir una *relación terapéutica* única junto con los consultantes. Coincido con la propuesta de Bertrando (2011) en donde la versión de terapeuta sistémico posmoderno “es un terapeuta en constante movimiento” (p.105) o en otras palabras “la curiosidad le evita quedarse con una hipótesis o mantener una posición hacia los clientes; la irreverencia lo lleva por un peregrinaje infinito de una teoría a otra; la cibernética de prejuicios lo alerta sobre los orígenes de su propias ideas. Este tipo de terapeuta sistémico es un nómade, pero nunca un nómade satisfecho” (p.105). Esto sería otra forma de entender la postura que puede guiar al “*terapeuta de relevo*” para construir una relación terapéutica con sus consultantes y como su principal herramienta de trabajo.

La relación que cada terapeuta construyó a su estilo con la familia favoreció la construcción del sistema terapéutico con las siguientes características:

Reconocer

- Se dio un espacio de confianza mutua, la pareja podía compartir las situaciones que les preocupaban y a su vez los terapeutas reconocíamos los recursos que tenía para encontrar sus propias soluciones.
- Identificamos un mutuo dominio de experiencia entre la pareja y los terapeutas, reconociendo las diferencias y dejando atrás el modelo del terapeuta como único experto.
- Estábamos preocupados por entender el lenguaje y los significados que manejaban en su discurso, generando un estado de empatía con ellos, logrando que se sintieran importantes para todos sus terapeutas.
- Se creó un clima esperanzador que permitió que la pareja hiciera cambios palpables en la relación con su hijo y a su vez, nosotros como terapeutas, teníamos la confianza en que lo iban a lograr mediante los recursos que mostraban, lo que ayudó a que ellos también identificaran esos recursos.
- Experimentamos resonancia afectiva con la pareja en algún momento, ya que las preocupaciones que tenían con su hijo, se volvieron para nosotros un incentivo para buscar formas de apoyo. Y cuando experimentaron alegría por los cambios que se dieron en la familia, también fue un sentimiento compartido por los terapeutas.

Entre los prejuicios que guiaron nuestra posición como terapeutas y que nos ayudaron a construir parte de la relación terapéutica, estuvieron los siguientes:

Los míos:

- Tenemos que ayudar a la pareja a que se sientan mejor
- Tengo que utilizar la postura de los modelos soluciones, colaborativo, equipo de reflexión y el modelo de Milán
- No debo competir con mis compañeros terapeutas, todos tenemos puntos de vista que pueden incluirse
- Debo dar voz a mis compañeros terapeutas y ellos también me tienen que dar voz en mis comentarios
- Utilizar mis prejuicios para ser consciente de ellos, no abandonarlos porque es imposible salir de ellos
- Debo tomar en cuenta la opinión de cada integrante de la pareja
- Tengo que buscar recursos en los consultantes

En mis compañeros terapeutas:

- Tenemos que utilizar la postura del modelo de soluciones y las intervenciones que se proponen
- Tenemos que generar confianza y empatía con la pareja
- Tenemos que ayudar a la pareja a construir una relación diferente con su hijo
- El cambio es constante e inevitable
- Tenemos que estar de acuerdo como equipo de terapeutas y no mostrar incongruencias o falta de coordinación en la relación con la familia

En cuanto al trabajo de coterapia que realizamos, la principal variante que tuvo fue que no estábamos presentes más de dos terapeutas con la pareja en las sesiones, no obstante detrás del espejo de visión unilateral nos sentíamos comprometidos y funcionábamos como un equipo cuando comentábamos lo que había sucedido en cada sesión y en la planeación de la intervención después de la pausa. Esta forma de trabajo nos permitió desarrollar una *visión binocular* (concepto propuesto por Bateson en Boscolo; Cecchin; Hoffman; & Penn, 2003), donde un terapeuta participaba directamente con la familia y los otros observaban las interacciones entre estos para lograr una dimensión de profundidad.

En nuestra postura de coterapeutas, retomamos algunas premisas propuestas por los modelos de soluciones, colaborativo y equipo de reflexión.

Del modelo colaborativo retomamos los siguientes puntos:

- Adoptamos una *postura filosófica* que se refiere a una *forma de estar con otros* a una forma de posicionarse *con*. En donde *con* es la palabra clave porque sugiere un proceso de estar con la otra persona, orientándose y reorientándose hacia ella. Partiendo de esta postura sugerida por Anderson (2012), los coterapeutas están en un proceso colaborativo entre ellos y con los consultantes. De esta manera entre los terapeutas y consultantes se generan conversaciones dialógicas que involucra una conexión vincular de compartir, explorar, entrecruzar y tejer ideas, pensamientos, opiniones, sentimientos a través de los cuales emergen novedad y posibilidad (Anderson, 2012).
- Los terapeutas dan prioridad a la conversación, al lenguaje y presentan sus ideas para generar conversación y no respuestas.
- La posición de “no saber” del terapeuta, en donde las ideas preconcebidas no se ponen en juego en la conversación, se utiliza una actitud tentativa y de coexploración con los consultantes y entre los terapeutas de tal forma que se promueve la colaboración también. Así mismo desde esta postura surgen las preguntas conversacionales que los terapeutas utilizan entre ellos y con los clientes. Las preguntas no se crean a partir de ideas preconcebidas del terapeuta acerca de cuál debería ser el relato.
- La postura de los terapeutas es de colaboración para no estar en una posición vertical con los clientes y entre ellos, de esta manera se colocan en una posición horizontal, en donde clientes y terapeutas son expertos.
- Se favorece una conversación *dialógica* entre terapeutas a fin de promover la creatividad y novedad, en donde una o varias ideas no monopolizan la conversación, a diferencia de los monólogos en donde esto sí sucede cerrando la conversación. Otra característica es que el *monólogo* es como *hablarle a* y el *diálogo* es como *hablar con* (Anderson, 2005).

Del modelo de soluciones adoptamos las siguientes premisas:

- No asumimos entre los terapeutas la posición de expertos en el sentido de etiquetar negativamente a los consultantes.
- Utilizamos entre los terapeutas un lenguaje centrado en las soluciones y no centrado en los problemas. De tal forma que ayudemos a los consultantes a narrar historias más positivas que las quejas o el problema.
- Partimos de la idea que entre los terapeutas tenemos recursos, igual que como lo vemos en nuestros consultantes, de tal manera que la coterapia se vuelve cooperación entre los terapeutas y no un asunto de competencia que podría obstaculizar el proceso terapéutico.

En relación al equipo de reflexión, retomamos las siguientes ideas para realizar la coterapia (Andersen, 1991):



- Sugiere Andersen (1991) lo que no se debe hacer en el momento de hacer las reflexiones con los consultantes y entre los terapeutas. No debemos reflexionar sobre algo perteneciente a un contexto ajeno al de la conversación, dentro del sistema de la entrevista, ni debemos dar connotaciones negativas.
- Los terapeutas establecen conversaciones entre ellos, se pueden interrogar entre ellos delante de los clientes de tal forma que se genere mayor información dentro del sistema terapéutico. Se trata de convertir “lo no dicho” en “dicho” y hacerlo accesible a todos los participantes, se pueden hacer preguntas como: ¿Qué aspecto de la conversación de los clientes te indujo a pensar así? ¿Cómo se te ocurrió esta idea? ¿Qué experiencias de tu vida inspiraron estos comentarios? (Lax, 2005).
- Las opiniones de los terapeutas se formulan en términos “tentativos”, no hay comentarios más “correctos” que otros, de esta manera se propone la horizontalidad entre los terapeutas debido a que se rompe con la idea de la competencia entre ellos y se facilita una relación de cooperación. Se recomienda también que los comentarios sean breves y no ocupar más de cinco o diez minutos para ellos.

Con respecto a las desventajas planteadas por algunos autores como lo son, la lucha por el liderazgo, confusiones y falta de comunicación y de congruencia en acciones (Whitaker, 1989; Martínez de Velasco & Carrasco, 1994 en Garrido, 1996), considero que no las tuvimos debido a las premisas utilizadas de las diversas posturas. No obstante, si se presentaron algunas desventajas en la coterapia que realizamos, las cuales principalmente consistieron en no poner énfasis en la posición de terapeutas con consultantes, entre terapeutas y el equipo terapéutico. Me parece que si hubiéramos realizado este tipo de reflexiones nos hubiera permitido ponerle palabras a lo “no dicho” (Boscolo & Bertrando, 1996), comprender mejor nuestras posiciones y tal vez modificarlas, a fin de dirigir la terapia en otra dirección con resultados diferentes o seguir en la misma línea con los resultados obtenidos.

Por otra parte, el modelo de soluciones ofrece una coherencia con toques posmodernistas, que conlleva a la integración, más que a la segregación, de las múltiples posibilidades y voces, en este caso se pudieron combinar este modelo con el equipo reflexivo, como lo ha hecho Selekman (1996) en otros trabajos para ampliar el enfoque del modelo de soluciones y tener mayor flexibilidad terapéutica. Similar propuesta han hecho Fernández, González, Yashiro y Barrera (2006) con el modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para abordar problemáticas de adicciones y violencia familiar, en donde se integran distintas perspectivas teóricas y dimensiones de intervención, pondera fundamentos del socioconstruccionismo social, uso de técnicas narrativas y modelos sistémicos; todo ello enmarcado en una visión sensible al género. Lo anterior, con la intención de ofrecer la superposición de planos simultáneos de sentido, que permitieran una percepción más compleja del problema y de las múltiples posibilidades de acción.

Para concluir, considero que esta propuesta de trabajo de varios terapeutas trabajando alternadamente con una familia (*terapeuta de relevo*) es una buena alternativa en grupos de formación, toda vez que brinda la oportunidad de que cada terapeuta en formación desarrolle habilidades y estilo propio estando al frente de una entrevista con una familia. Es primordial que utilizando una parecida postura cada miembro del equipo, construya un tipo particular de *relación terapéutica* con la familia, lo cual será crucial para que la terapia avance en beneficio de los consultantes (Anderson, 2012; Bertrando, 2011), además de que obliga al terapeuta en formación a un compromiso intenso con los procesos, ya que al no estar presente en todas las sesiones, tiene que involucrarse más en la revisión de las sesiones anteriores y los videos de estas, además de que promueve el acercamiento entre los miembros del equipo terapéutico. Sería interesante implementar esta forma de trabajo con otro tipo de modelos como el estructural, estratégico, terapia breve enfocada a problemas, modelo de Milán, etc., con la finalidad de observar los resultados que se pueden obtener. Cabe mencionar que este formato se implementó con dos familias diferentes con resultados favorables, habría que investigar cómo funciona la propuesta con la utilización de otros modelos.

### 1.3. CASO 2. Familia: Ramírez Jiménez

Se trabajó con la familia Ramírez Jiménez (René y Gael) un total de seis sesiones cada quince días, durante el último semestre de la formación en la maestría con Residencia en Terapia Familiar, cada sesión con tres terapeutas (dos terapeutas de diferentes sexos en formación y el supervisor), debido a que el formato de coterapia es de gran utilidad didáctica y formativa en terapeutas familiares sistémicos.

El motivo de consulta fue la relación de pareja, René no sabía si terminar o continuar la relación y por otro lado, Gael tenía el deseo de mantener la relación de pareja. Se describe a continuación un resumen general del proceso con el análisis teórico-metodológico de las intervenciones realizadas, así como la relevancia que tuvo la relación terapéutica y la coterapia en el proceso. La terapia concluyó debido a que los terapeutas en formación terminábamos la estancia en el centro de servicios psicológicos, con un sentimiento compartido entre clientes y terapeutas de que la terapia había tenido resultados satisfactorios (situación que se comprobó en el cierre del proceso y en la llamada de seguimiento que se realizó un año después de haber concluido la terapia).

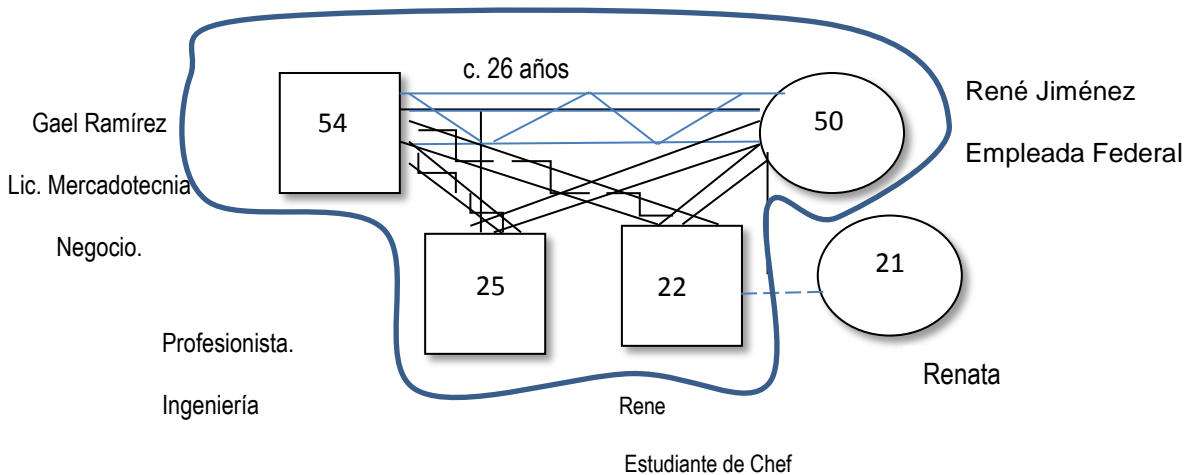
**Fecha:** 22 de Febrero de 2012 al 20 de Junio de 2012

**Terapeutas:** Mariana Ortiz Quezada y Raúl Reducindo Vázquez

**Supervisor:** Dr. Raymundo Macías Avilés

**Equipo Terapéutico:** Jessica Mendoza, Mariana Cervantes, Giovanni Martínez, Oscar Arvizu López, Joan Le turq y Laura Mancera.

#### Familiograma:



## RESUMEN GENERAL DEL CASO

La familia Ramírez Jiménez acudió a seis sesiones espaciadas cada quince días. La señora René fue la que solicitó la terapia al referir problemas maritales con su esposo, en cinco sesiones se presentaron los señores René y Gael, y en la última sólo René. La supervisión del caso fue realizada por el Dr. Raymundo Macías en la modalidad de “triterapia” (tres terapeutas trabajando coterapia) con dos terapeutas en formación, Mariana Ortiz Quezada y Raúl Reducindo Vázquez, con equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional.

En las primeras dos sesiones, el contenido de las conversaciones giró en torno a la situación problemática. René comentó que “estaban en una guerra fría en la relación y no tenían ilusiones ni metas de vida conjuntos”, a lo que Gael asentía con su lenguaje analógico. Ella mencionó que las dificultades empezaron desde hace veinte años, derivadas del descubrimiento de una infidelidad que tuvo Gael. En la medida que René iba recordando y relatando, comenzó a llorar y expresar mucho dolor por lo sucedido. Después de esta situación, Gael empezó a tener relaciones con otras mujeres, mencionando que lo hacía intencionalmente para que su esposa se enterara, situación que desencadenó discusiones y peleas.

Durante la sesión la pareja se centra en los rencores que sienten el uno por el otro y discusiones del pasado, por lo que se les menciona que existe dolor, tristeza y enojo, sin embargo, todo eso está en el pasado y se les cuestiona sobre lo que esperan que suceda en terapia. Gael comentó que aún le gusta su esposa y que el hecho asistir a sesión es para salvar su matrimonio, pues refiere que “le gustaría envejecer con su compañera”. Por su parte René mencionó que le gustaría tener una definición de lo que quiere para su vida, debido a que no sabe si “separarse de su esposo o intentar mejorar su relación de pareja”.

En la pausa se comentó con el equipo terapéutico que la pareja está llena de rencores entre ellos y que se habían encontrado en una lucha de poder a lo largo de su matrimonio. Se habló sobre la importancia de definirse, pues el señor quiere salvar la relación y la señora duda en hacerlo.

Al regreso con la pareja se les comentó que se encontraban en un momento de gran oportunidad para definir qué era lo que querían hacer con su relación, por lo que se les habló sobre cuatro decisiones posibles a tomar: una buena integración, una mala integración, una buena separación y una mala separación. Finalmente se les mencionó que “lo que había pasado en la relación era pasado, refiriendo que podía cambiarse lo que aún no sucedía o lo que estaba sucediendo”.

*Este tipo de intervención es utilizada frecuentemente por el Dr. Macías (comunicación personal, 2012) con las parejas como parte del encuadre de trabajo que se les ofrece. Este encuadre les permite definir a los consultantes y a los terapeutas la dirección que puede tomar la terapia, sobre todo en las parejas que se observan ambivalentes entre separarse o continuar la relación. En esta sesión se trató de construir la alianza y el contexto terapéutico con la pareja,*

*haciéndonos una idea de la pareja en donde resaltaban pocos aspectos satisfactorios para ambos y en especial para René que era la que quería terminar la relación, en cambio Gael quería rescatar la relación por querer aun a su esposa. En esta primera sesión escuchamos más e hicimos pocas preguntas a la pareja para entender más sobre ellos. Observamos más lastimada a René, con expresión constante de tristeza y enojo, por otro lado, Gael estaba más pasivo aunque con el propósito de mejorar la relación. El mensaje que les devolvimos acerca del pasado lo hicimos con la intención de redefinir el significado del mismo como superable y en construir nuevos significados en la relación que les permitieran tomar una decisión con respecto a la misma.*

En la segunda sesión se les preguntó cómo habían ido las cosas desde la última vez que nos vimos, y comentaron que todo estaba igual, que no habían platicado nada entre ellos después de la sesión. René refirió que sigue en su posición de separarse de su esposo, que no siente nada por él y sí mucho resentimiento. René refirió que en la semana habían tenido un incidente en donde Gael explotó cuando querían comprar una tele para uno de los hijos, lo cual le indicaba que su esposo difícilmente iba a cambiar. René comenzó a llorar y se le preguntó lo que estaba sintiendo en ese momento, respondiendo que mucho enojo porque ya estaba harta de esas reacciones de su esposo. Se les expuso una metáfora del hielo en los campos de Canadá y que “el rencor y el enojo acumulado de tantos años eran como ese hielo, había que esperar que ese hielo se deshiciera para ver si era fértil el terreno para que renaciera algo entre ellos”.

Gael se sintió más tranquilo después de la última sesión porque tenía esperanza en el futuro, comentó que quería salvar su matrimonio y no quería modificar la decisión que hasta el momento tenía René de terminar la relación. Platicó del nuevo negocio que tenía pensado poner en Cancún con su hijo René. Refirió que su esposa tenía razón en que le tiene miedo a la soledad y que apostó a envejecer con ella. Comentó que lleva 4 años en un grupo de A.A. para trabajar con sus rencores y que le había servido mucho en su relación con René. Cuando comentó esto Gael, René movió la cabeza en señal de desacuerdo. Se le invitó a René a decir lo que pensaba y dijo que no le había ayudado a mejorar la relación entre ellos y solo había servido para estar en paz con él. Se les comentó que el pasado no se puede cambiar y que se puede ver de manera diferente en el presente, por otro lado Gael dijo que el temperamento no se puede cambiar y se relacionó con la “metáfora del caballo pura sangre” que tiene que controlar su ímpetu para poder competir en los juegos olímpicos; refiriéndose con esto a la necesidad de que Gael aprendiera a controlar su impulsividad para mejorar su relación, ya que podría ser parte de los problemas.

*La utilización de este tipo de metáforas está sustentado en la visión Ericksoniana de la terapia breve y el modelo de soluciones, se emplean constantemente como una manera de cambiar la percepción que tienen los clientes de los hechos y poder cuestionar certezas inútiles (Cade & O’Hanlon, 1993).*

Al regresar de la pausa, Gael preguntó si había influido en su relación que ellos vinieran de familias diferentes, donde en la suya había dirección de un padre estricto y en la de René había sido su

madre. También dijo que él era muy perfeccionista y poco tolerante para esperar, “quiero que las cosas se hagan rápido y bien, sino aviento y me desespero”, se le dijo si eso era parte “del caballo del temperamento” que hay que controlar, respondiendo que no sabía esperar y se desesperaba cuando salíamos a hacer la pausa “me tengo que poner a pensar o contar cuando salen”.

Gael comentó que quería saber en qué estaba bien y en qué mal, se le comentó que eso era parte del problema y eran diferentes, no había quien estaba bien o quien estaba mal, que los seres humanos éramos únicos y diferentes. Se les señaló que tenían expectativas y objetivos distintos, René quería liberarse del resentimiento y el rencor y por otra parte Gael quería reconquistarla para seguir con la relación. Para finalizar se les sugirió que trataran de cambiar algo pequeño en su relación, que cada quien le pidiera al otro modificar algo y que en la próxima sesión veríamos cómo les había ido.

*Otra premisa del modelo de soluciones es que sólo se necesita de un pequeño cambio para influir en todo el sistema familiar. Las partes de un sistema familiar, o un conjunto de problemas individuales, están interconectados, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes del mismo (Espinoza, 2004). En esta sesión los diferentes planteamientos realizados en torno a su relación generó en los terapeutas un sentimiento de impotencia al pensar que las cosas entre ellos seguían atoradas (el tono emocional era tenso y doloroso) y que las intervenciones hechas no habían ayudado mucho para que ellos se definieran hacia una u otra dirección de su relación, se decidió señalarles lo que hacía cada quien en la relación como parte del problema, repartir la responsabilidad de cada uno en el mantenimiento del problema en su relación y se les dejó de tarea intentar algo diferente para ver si podían modificar la pauta. Pensamos que este último mensaje fue bien recibido por los dos, lo que nos indicó que se empezaba a construir un sistema terapéutico en donde se reconocía la mutua experticia y confianza entre clientes y terapeutas.*

En la tercera sesión acudieron ambos, se notaban más relajados y menos tensos. La señora René mencionó que se sentía más tranquila respecto a la decisión que quería tomar y que esta se acercaba más a una buena separación con su esposo, refiriendo que una buena integración sería vivir con su esposo en la misma casa pero sin tener una relación afectiva, con la posibilidad de que cada quien pudiera tener otras parejas, sin embargo comentó que eso le parecería extraño. Gael por su parte refirió que estaría de acuerdo con esa decisión, sin embargo dijo amar aún a su esposa, y respetaría las decisiones tomadas, refirió haber estado pensando más en el proyecto que tenía con su hijo René y eso lo tenía contento. Por otro lado, se habló sobre lo que tendría que suceder en su relación que les permitiera saber si René aún sentía algo por Gael y ella comentó que la única forma en que lo sabría sería separándose de él, pues así se podría dar cuenta si aún podía entablar una relación afectiva con su esposo.

*Esta intervención pretendía plantearse un futuro alternativo en la relación (Bertrando, 2011; O’Hanlon & Weiner Davis, 1990) con distintos objetivos, por un lado si podían construir un*

*futuro sin el problema en la búsqueda de excepciones y que tuvieran una visión más productiva y optimista de su situación, lo que acelera la presentación de cambios significativos. Nuevamente la respuesta de René fue ambivalente con respecto a la relación, quería separarse para ver si después podía relacionarse afectivamente con Gael en un nuevo tipo de relación.*

Durante la pausa se comentó que la pareja no tenía espacios para platicar sobre lo que quería y deseaba, por lo que la terapia era el único lugar donde lo realizan, se refirió que sería importante que ellos tuvieran un espacio para platicar fuera de sesión en donde pudieran conversar sobre las cosas que deseaban y querían. También se comentó que era importante preguntar ¿Por qué la pareja había decidido acudir a terapia?, sin embargo ninguno de los terapeutas retomó esta pregunta, al parecer porque no nos hizo sentido.

Al regresar se les comentó que se veían más relajados y había una buena disposición tanto de René como de Gael, pues se veían diferentes. También se les dijo que para tomar cualquier decisión o alternativa, ambos debían estar de acuerdo, por lo que se les dejó que buscaran un espacio en donde analizaran las alternativas que cada uno tenía, para que así se las describieran uno al otro, con la intención de que se escucharan y observaran en que coincidían y diferían. Finalmente se les mencionó que mientras no definieran su relación no les convendría mucho tener otra relación afectiva.

*Con este mensaje se buscaba seguir en la línea de los cambios, de lo novedoso, en una conversación que aumentara la visión de competencia y evocación de múltiples recursos, y por otra parte se les señaló la parte de la pauta interaccional que sostenía el problema, en donde ellos no encontraban un espacio para conversar fuera del contexto terapéutico. De alguna manera las sesiones pasadas habían generado alguna diferencia en su relación, podían reconocer que no estaba del todo mal y habían incluido algún proyecto con los hijos en la conversación, el clima emocional fue más relajado que las sesiones anteriores, en donde se permitieron sonreír y hasta bromear, aunque siguiera presente la ambivalencia de terminar o seguir con la relación. Considero que la relación terapéutica estaba en un momento de cooperación mutua para que las intervenciones tuvieran un efecto positivo y significativo en la pareja. De alguna manera “el equipo de terapeutas” empezaba a influir en la pareja, a fin de que el sistema se comenzara a reorganizar. Asimismo, la sensación de los coterapeutas fue que las cosas estaban avanzando entre ellos y pudimos compartir este relajamiento emocional. Otro aspecto del proceso fue que quizás empezaban a compartir cierto isomorfismo con los terapeutas al transmitirles una relación de equipo, respeto y colaboración, ellos empezaron a comportarse como sus terapeutas de una manera inconsciente. En este sentido creo que así como los terapeutas podemos repetir ciertos isomorfismos de los consultantes, los consultantes podrían repetir isomorfismos de sus terapeutas, en una relación recursiva.*

Se inició la cuarta sesión preguntando por la tarea sobre las ventajas y desventajas de mantener la relación o de una separación. René refirió que no la pudo hacer, porque no le dieron ganas de

hacerla, en cambio Gael si la hizo por escrito. Gael leyó la parte de la separación y su redacción estuvo caracterizada por describir lo que sentía por su esposa. Se le preguntó a René lo que pensaba de esto, y dijo que no veía una propuesta acerca de mejorar su relación y que hablaba sólo de su sentir. Gael comenzó a leer la otra parte de su escrito acerca de mantener la relación, y luego un momento que se le quebró la voz cuando leyó la posibilidad de cuidar juntos a su nieta, se le interrumpió para saber lo que sentía en ese momento y Gael dio respuestas evasivas que no tocaban su emoción. Se les comentó que eso era parte del problema, en donde Gael no se conectaba con su emoción y evadía la respuesta mostrándose hermético en la afectividad, se les señaló cómo esto tocó a René también, quien le paso un pañuelo a su esposo durante la sesión. René hizo referencia que eso en el pasado quebró su relación y empezó a llorar, a quejarse de las cosas en el pasado que le hizo Gael. Se le preguntó a René si podía ver una relación en el futuro con Gael a lo que respondió, que no se veía con él, sólo como padres de sus hijos y tener una relación de cordialidad por ellos. Se les comentó que la posición de ambos estaba bien definida. Cuando se le preguntó a Gael qué opinaba de lo que dijo su esposa, refirió que sentía mucha tristeza y con ganas de no regresar a la sesiones. El equipo tomó la determinación de hacer la pausa y se observó que Gael se había quebrado emocionalmente por la definición de su esposa de terminar la relación y trabajar hacia una buena separación. Gael se levantó y se fue de la sesión durante la pausa. Cuando regresamos de la pausa se le preguntó a René qué había pasado con su esposo y ella dijo que había decidido salir a caminar, que no podía quedarse por la incomodidad que sentía. Se le propuso a René que hablara con él para seguir asistiendo a las sesiones y trabajar en torno a la buena separación. En caso de que fuera negativa la respuesta de Gael, se le recomendó algunas sesiones con sus hijos.

*Esta sesión fue de mucha tensión emocional porque Gael expresó la tristeza que le generaba la posible separación que quería René, además de no ver posible un futuro que él deseaba con ella. Recurrimos a señalar la conducta de ambos para mostrarles lo que cada quien podía hacer en los posibles dilemas de la relación, utilizando las preguntas hipotéticas del futuro en donde ella no se quería ver como pareja de Gael. Durante la pausa nos sorprendió mucho que Gael se levantara de la sesión y se fuera, lo que nos indicó que probablemente no regresaría a la terapia por no obtener lo que esperaba: seguir con su esposa. Ésta situación generó en los terapeutas un sentimiento de impotencia al no poder controlar la conducta de Gael y decidiera irse de la terapia como lo hizo. En este sentido la coterapia nos ayudó a compartir esta sensación y no cargarla uno sólo, sobre todo cuando somos terapeutas con menos experiencia y en etapa de formación.*

En la quinta sesión René comentó que estaba preocupada por los altibajos emocionales de Gael, en los quince días que no nos vimos él continuamente le decía que no quería separarse. En esos días no discutieron, Gael no la maltrató psicológicamente como lo hizo en el pasado. Comentó René que intentaron tener relaciones sexuales y que ella no pudo hacerlo porque no le dieron ganas, ella pensó que Gael se sintió rechazado y mal y no le gustaba que él se sintiera así. También comentó que en el pasado él la contagió de papiloma y él no quiso atenderse, situación que



generó mucho resentimiento en ella. Por su parte Gael dijo que por lo menos intentó tener relaciones sexuales sin generar conflicto en él la negativa de ella.

Gael refirió que saliendo de la puerta del consultorio él esperaba que se divorciaran antes de ir al juzgado a firmar los papeles, eso significaba empezar a hacer cosas como planear mudarse en agosto al departamento que rentaba René y platicar con sus hijos de su separación, él consideraba que al que iba a afectarle más era a su hijo Gael porque él era más reservado para decir sus sentimientos, René coincidió con esto y empezó a llorar, recordó que por Gael ella no se divorció hace 20 años y entre los dos se pusieron de acuerdo para no pelear enfrente de sus hijos, “a Gael (hijo) le va a afectar mucho porque yo siento lo que él siente”, en este punto se hicieron las siguientes intervenciones, se les dijo que si ellos tomaban esta decisión era inevitable que les doliera a todos los integrantes de la familia, a unos más que a otros y que a cada quien le iba a llevar cierto tiempo superar esta situación. También se le comentó a René que había la posibilidad de que Gael no reaccionara como ella esperaba, que uno podía pensar en los sentimientos del otro y que en ocasiones se podía coincidir y en otras no. Gael dijo que era importante que ellos lo comentaran con sus hijos aunque les doliera a todos. Se les propuso que la próxima sesión asistieran con sus hijos.

*Este mensaje se les transmitió con la intención de normalizar la situación de validar los sentimientos que ellos pudieran sentir, sin depositarlos necesariamente en sus hijos a través de la redefinición, técnica muy utilizada en el modelo de soluciones (O’Hanlon & Weiner Davis, 1990).*

Después de la pausa se les preguntó que se llevaban de la sesión. Gael comentó que se llevaba la decisión de divorciarse de René, hacer a un lado lo afectivo, guiarse por la razón y empezar a hacer las cosas antes mencionadas: arreglar papeles de propiedades y hablar con los hijos. René dijo que le permitió ubicarse, entender más la ambivalencia de Gael y confirmar que ante sus hijos tiene la libertad de decidir sobre su propia vida. Refiriéndose a sus hijos expresó que con Gael sentía que ya había cumplido y con René todavía le faltaba. Se sentía más cercana con su hijo Gael por “sentir lo mismo que él”.

Se les señaló que ellos no metieron a sus hijos en sus problemas y que podían seguir siendo padres aunque se separasen, y además se normalizó la ambivalencia de Gael en la decisión que estaban por tomar. Además daban la impresión de que no se querían separar tal vez porque en la familia está prohibido manifestar dolor y por el momento les convenía estar así, no sabíamos si iban a separarse en los siguientes meses, en medio año, en uno o cinco años, observamos que ellos se protegían entre sí y a su vez a sus hijos al no comentarles la situación para no enfrentar ese dolor.

*Con ese mensaje se trató de normalizar un proceso doloroso para la familia y se compartió con ellos una creencia que observamos en la familia de “no expresar el dolor” y que tal vez con la separación de los padres podrían sentir que dejaban de ser una familia, además se redefinió esa acción como una manera de protegerse entre sí y que en ese momento les convenía permanecer*

*juntos para protegerse. La pareja recibió bien el mensaje y al parecer les hizo un sentido diferente de la situación por la que estaban pasando.*

En la sesión de cierre sólo asistió René, explicó que Gael ya no quiso asistir debido a que él esperaba rescatar la relación con ella y no le encontraba sentido asistir al cierre del proceso. Se reunieron con los hijos en esa semana y les comentaron su decisión de separarse, notó que le afectó la noticia más a su hijo Gael que a René, los hijos les comentaron “qué bueno que lo están haciendo bien”, “es decisión de ustedes”, René había mostrado ser más despreocupado, Gael no habló para nada. René consideraba el rompimiento para el próximo año, debido a que su hijo Gael se iba a Canadá y su hijo René se iba a Cancún con su papá, sin embargo su esposo había querido adelantar las cosas para agosto porque él no podía seguir viviendo así con ella.

René había notado mayor acercamiento entre Gael y sus hijos pues “ya pueden hablar”, ella atribuyó el avance a la terapia, notaba que su esposo había reflexionado de lo que iba a desprenderse, ella le comentó que cuando preguntaba y opinaba en lugar de criticarlos e imponerles las cosas a sus hijos se llevaban mejor. Para ella los avances estaban en que ya no utilizaba la palabra “los niños” para referirse a sus hijos, ya se refería a ellos como los muchachos, había decidido desprenderse de sus hijos y ya no tomarlos de sostén como lo había hecho durante mucho tiempo.

Por otro lado a René le dolía ver así a Gael, tenía miedo de arrepentirse en un futuro, por verlo sufrir, se consideraba muy emocional y como consecuencia se vivía muy vulnerable a la gente. Lo relacionó con su historia de vida cuando sus papás se separaron, ella quería a su papá y después comprendió que su mamá hizo lo mejor. En ese tema se le normalizó la ambivalencia de sentimientos hacia Gael como parte del proceso de separación y probablemente lo que tuvo que vivir también ella cuando era niña con la ruptura de la relación de sus papás, que con el tiempo lo fue entendiendo y superando. Se reconocieron cambios importantes en ambos, se les comentó que toda separación implicaba pérdidas de un proyecto que no se pudo realizar, a pesar del dolor se planteó un futuro menos conflictivo y problemático, lo ideal hubiera sido que ambas partes hubieran llegado a la buena integración, sin embargo para ello se necesitaba de la convicción de los dos. Se les sugirió realizar un *Rito de paso* para agradecer todo lo positivo que se dieron entre ellos, pedir y otorgar perdón entre los dos, en donde renunciaran a la vida de pareja y no a la paternidad de los hijos, ya fuera frente a los hijos o a un testigo de calidad. Para René lo importante eran los hechos y el compromiso, no solamente hablarlo, así mismo se agregó que ya lo estaban haciendo.

René comentó que su experiencia de tener varios terapeutas en un primer momento fue extraña, después le gustó mucho porque tenían diversas opiniones que la hacían pensar diferentes alternativas u opciones, así mismo le gustó que hubiera terapeutas de los dos géneros, y concluyó que fue muy agradable para ella los años de experiencia del Dr. Raymundo Macías, en contraste con la juventud de los dos coterapeutas.

*En esta sesión de cierre, los terapeutas y René compartimos un sentimiento de satisfacción mutua por los avances que mencionó René de la terapia que obtuvo con nosotros. Tal vez el cierre ideal hubiera sido que también asistiera su esposo, lo que pudimos interpretar como un abandono de la terapia, la relación y los terapeutas al no ver satisfechas sus necesidades o expectativas con respecto a la misma.*

### **Organización de la familia**

Esta pareja se encuentra en la etapa de autonomía de los hijos. En lo que se refiere a la jerarquía, se puede decir que aun cuando en el discurso parecería que René tiene mayor jerarquía, ya que por un lado ella busca la ayuda para que acudieran a terapia y la que amenaza con terminar la relación, mientras que Gael obedece sus peticiones y se muestra preocupado y dolido ante las amenazas de ella.

En relación a los límites entre los miembros de la pareja, se puede decir que son muy rígidos, lo que impide que exista entre ellos la suficiente resonancia afectiva, que permita la empatía y la comunicación entre ellos. Estos límites tan rígidos han impedido que se dé un acercamiento e intimidad. Por otro lado, los límites en relación al subsistema filial no se encuentran claramente definidos, los hijos están más cercanos a René y más alejados de Gael, estableciendo una coalición entre René y sus hijos en contra del padre. Da la impresión que esta pareja necesita la mediación de un tercero, para disminuir la tensión entre ellos y así mediar la distancia entre ellos. Así mismo parece que el hijo mayor ocupa una posición parental al estar muy unido con la madre y al estar ella muy preocupada por él en cuanto a la posible separación que se pueda dar entre la pareja, ocupando el lugar del padre.

### **Análisis y discusión teórico- metodológica**

- En principio, se estableció unión para crear un ambiente de cordialidad, confianza y seguridad, lo que permitió conocer a cada uno de los integrantes de la pareja, se evitó la confrontación y los temas de controversia.
- Se estableció el contrato terapéutico al mencionar la participación del equipo terapéutico. La frecuencia, el horario, el costo de las sesiones, la confidencialidad de la información y que algunas sesiones serían videograbadas
- El modelo centrado en las soluciones nos proporcionó uno de los múltiples caminos para responder a las demandas de la pareja, la cual alcanzó a redefinir su relación en términos

de una buena separación lo cual repercutió en un acercamiento de Gael con sus hijos y con la propia René. Como terapeutas partimos de la postura de que la pareja contaba con los recursos necesarios para darle un giro a su relación ya sea hacia una buena integración o una buena separación, siendo esto último hacia donde se trabajó por decisión de ambos. Nos centramos en indagar los recursos y capacidades de los clientes, utilizar el lenguaje de los mismos, el uso de excepciones al problema, situarnos en el presente y el futuro de la relación, la utilización de diversas metáforas todo ello encaminado a cambiar la percepción del problema significativamente; al mismo tiempo, se creó un contexto en el que los clientes se sintieran mejor preparados para resolver sus dificultades y generar otros significados en el uso de sus fortalezas.

- Un punto central del Modelo centrado en las soluciones es el uso del lenguaje, el cual adquiere sentido a partir del modo como funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo estas se crean y utilizan dentro de un contexto. En el proceso terapéutico el lenguaje es utilizado como una estrategia para producir cambios en la percepción y en la conducta del cliente, a través de preguntas presuposicionales introduciendo ideas o expectativas de cambio. Ofrece la posibilidad de concretar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y en otras ocasiones, son una herramienta para cuestionar certezas inútiles. Se utiliza el lenguaje del cliente como una forma de unirse a él, se limita el uso de las palabras, expresiones idiomáticas, metáforas, lo que le hará sentirse comprendido, permitiendo poco a poco alejarlo de etiquetas fijas y negativas, encausando los significados en una dirección productiva que tenga un efecto de despatologización o normalización de la situación.
- En la primera sesión se realizó una serie de cuestionamientos en torno al problema para obtener información clara y detallada sobre la queja. Debido a que los clientes se centraban más en hablar de la problemática, se indagó sobre los marcos de referencia en la que los clientes sitúan el problema y los eventos que se encuentran relacionados con el mismo; como una estrategia del Modelo centrado en soluciones cuando los clientes no son capaces de descubrir excepciones desde la primera sesión. En este aspecto se identificó que para René la relación estaba pérdida en función de que sentía que ya no quería a Gael, por otro lado para Gael la relación se podía salvar porque él todavía quería a su esposa.
- Frente a esta disyuntiva que se planteó en sesión se señaló la importancia de la disposición y el compromiso como elementos importantes para lograr resolver las diferencias en su relación. Se les expuso, cuatro alternativas o direcciones que podrían tomar encaminadas a: la buena integración, la mala integración, la buena separación y la mala separación de la relación y en lo que les podíamos ayudar como equipo terapéutico, que lo pensarán muy bien para la próxima sesión. Esta explicación fue parte del encuadre de trabajo que establece el Dr. Macías con las parejas que llegan a terapia con ambivalencia hacia continuar o terminar la relación.

- En la siguiente sesión René comentó que su decisión se encaminaba hacia una separación de la relación con Gael, en cambio él se mantuvo en querer salvar su relación con René por “estar más enamorado de su mujer”. Se utilizó la metáfora que contó el Dr. Raymundo Macías acerca del congelamiento de los campos en Canadá *“cuando viene el deshielo a ver que puede reverdecer en los campos”*. Se hizo el símil con el hielo en cuanto a los rencores que existe por parte de ella y en la medida que se vaya desarrollando la terapia si es que puede existir un reverdecer de su relación. Otra metáfora que se utilizó fue la del caballo pura sangre en donde era necesario enseñarle a *“controlar su temperamento para que pudiera competir en juegos olímpicos”*, refiriéndose con esto a la necesidad de Gael aprendiera a controlar su impulsividad para mejorar la relación ya que podría ser parte de los problemas. Las metáforas son utilizadas por el modelo de soluciones como una manera de cambiar la percepción que tienen de los hechos.
- El trabajo con el equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional durante la pausa, permitió a los terapeutas intercambiar ideas con el equipo acerca de la dirección del caso, la formulación de hipótesis y de intervenciones que pudieran tener un efecto en la pareja. Así mismo permitía a los terapeutas tomar distancia emocional y psicológica de los consultantes para reflexionar en lo acontecido durante la sesión y así generar otras reflexiones que a su vez permitieran otra comprensión de lo que estaba pasando para poder hacer intervenciones que facilitarían la reorganización de la pareja.
- Otro aspecto es la doble visión que puede desarrollar el terapeuta al tener reflexiones desde su posición dentro y fuera de las sesiones. De acuerdo a Bertrando (2011) esta doble visión también se refiere a que los terapeutas tendrían que reflexionar en torno a la relación que se da entre ellos, a las relaciones que establecen con los clientes, y las relaciones que se establecieron con el equipo terapéutico y en los diversos contextos relacionales, lo que permite una evolución de las relaciones y a su vez lo que significa una evolución significativa en los clientes. En este aspecto nos fue difícil reflexionar (por falta de tiempo) y entender en las supervisiones el tipo de relaciones y las características de las mismas que permitieron el avance de la terapia o en palabras de Bertrando *“...en una relación entre personas, sucede más de lo que podría expresarse...”* (Bertrando, 2011 p.127).
- Un cambio pequeño en una parte de la vida de una persona crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo con Erickson se le conoce como *efecto de bola de nieve* o *efecto mariposa*, se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades. En una sesión como parte del mensaje final se les comentó a la pareja que buscarán hacer un cambio pequeño que sirviera para mejorar su relación, en la siguiente sesión comentaron que habían tenido mejor convivencia entre ellos y que “mágicamente”

no habían peleado, pues no concientizaban exactamente lo que había hecho cada uno exactamente, hasta habían intentado tener relaciones sexuales y aunque no las tuvieron por decisión de René no fue motivo de conflictos. Otro de los principios del modelo de soluciones sostiene que si se dan cambios de manera espontánea sin saber exactamente lo que se hizo, se le pide al cliente que siga haciendo más de lo mismo aunque no sepa exactamente qué fue lo que hizo. Así mismo el efecto de bola de nieve se vio reflejado en el acercamiento que tuvo Gael con sus hijos según contó René en la sesión de cierre que se tuvo con ella.

- Otra premisa que se utilizó del modelo de soluciones fue situarse en el presente y el futuro de la pareja debido a que el pasado era muy doloroso para René, de tal manera que pudieran utilizar sus recursos y fortalezas en el presente. Además se utilizó las preguntas hacia el futuro para que ellos tomaran en cuenta las posibilidades que tenían si decidían separarse como pareja y construirse un futuro posible para ellos y sus hijos.
- Se utilizaron preguntas circulares propias del modelo de Milán las cuales informan respecto a las diferencias, cambios, significados, comportamientos y generan nueva información en el sistema. Estas nuevas conexiones contribuyeron a cambiar las premisas personales de los miembros de la pareja. Las preguntas circulares le facilitaron a la pareja distintos puntos de vista acerca de continuar juntos con la relación o separarse, algunos ejemplos ¿Qué pensarán sus hijos si ustedes decidieran separarse?, ¿qué pensarían las distintas familias si ustedes se separan?, ¿cómo se ven en el futuro si ustedes decidieran seguir juntos o si ustedes se separan? Así mismo el hacer este tipo de preguntas les permitió a los terapeutas construir diferentes hipótesis: René y Gael no se separan porque piensan que sus hijos pueden sufrir o fracasar en sus vidas, las familias de origen los ven como una pareja ideal ya que los padres de cada quien se separaron, René no se quiere separar de Gael porque lo ve como vulnerable y débil, a su vez ella no quiere reconocerse como vulnerable. A partir de estas hipótesis se construyó un mensaje que se les comentó: *“dan la impresión de que no se quieren separar, tal vez porque en la familia está prohibido manifestar dolor y por el momento les conviene estar así, no sabemos si tengan que separarse en los siguientes meses, en medio año, en un año o cinco años, por el momento observamos que ustedes se protegen entre sí, René cree que Gael no podrá con la separación y a ella le cuesta trabajo reconocer su propio sufrimiento. A su vez protegen a sus hijos al no comentarles para no enfrentar este dolor con ellos”*. Este mensaje pensamos que tuvo un efecto muy importante en la familia porque después comentaron que pudieron hablar con los hijos de su posible separación y que las expectativas catastróficas que se habían hecho con respecto a cómo lo iban a tomar sus hijos fueron totalmente diferentes y hasta positivas. Así mismo entre ellos pudieron hablar de alternativas para tener una separación que no fueran tan dolorosa, ni conflictiva.

- Se utilizaron *elogios* en donde se les resaltaban a ambos miembros de la pareja las capacidades que habían utilizado a lo largo de la sesión como fuera de la misma, con el objetivo de alentarlos a utilizar sus recursos que hasta el momento no eran evaluados como tales. Se les reconoció los cambios que habían hecho para poder hablar entre ellos y buscar alternativas para no tener una separación dolorosa, así mismo el poder hablar con sus hijos de esta situación y el acercamiento que había tenido Gael para tener otro tipo de relación con sus hijos. Por otro lado se les reconoció la capacidad que tenían para expresarse su dolor y empezar a manejarlo de diferente manera entre ellos.

### **Evolución de la demanda**

En un primer momento la demanda de la pareja no fue del todo clara, asistieron a la terapia de pareja por diferentes motivos y expectativas. René se quejaba de la relación que tenía con su esposo y estaba indecisa en continuar o terminar la relación, en cambio Gael tenía la intención de rescatar la relación porque quería a René. En otro momento del proceso se definió el objetivo de la terapia hacia una buena separación por acuerdo mutuo, las pautas de interacción que tenían paulatinamente se modificaron permitiendo una mejor convivencia entre ellos. Por otro lado se fue definiendo la separación como pareja y la relación de padres en donde pudieran seguir conviviendo con sus hijos de manera diferente.

### **1.4. Conformación del sistema terapéutico**

La historia de la Terapia Familiar Sistémica incluye a la coterapia como un formato bastante utilizado con terapeutas en formación y con resultados favorables para los consultantes atendidos (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003; Limón, 2012; Whitaker & Malone, 1953). En este caso se decidió trabajar en coterapia mixta de dos terapeutas en formación junto con el supervisor, debido a que la experiencia en sí misma era formativa y retomando lo que plantea Bertrando (2011), la supervisión ofrece otra perspectiva que permite trascender el punto de vista del terapeuta, el cual puede ser limitado. De igual manera, el terapeuta ofrece a los consultantes ese otro punto de vista que puede ayudarlos a trascender sus dilemas existenciales. En este sentido, la experiencia del Dr. Macías y su perspectiva que ofreció tanto a los coterapeutas como a la pareja, fue fundamental para el desarrollo de la terapia y la conformación del sistema terapéutico. Se modificó la idea de la supervisión tradicional en donde el supervisor tiene “la mejor versión de lo que está sucediendo”, no obstante el contexto cultural y de ciclo de vida colocaba al Dr. Macías como al hombre que tenía “la verdad o la razón”, ya que en diferentes ocasiones la pareja esperaba los comentarios de éste, y de la misma manera lo hacíamos nosotros para saber que hacer o que decir, colocándonos de esta forma, en una posición de menor jerarquía que él. En otras palabras el Dr. Macías ocupó la posición de mayor centralidad para los terapeutas y la pareja y nosotros una posición de complementariedad.

En ciertos momentos de las sesiones mi papel fue más activo, haciendo más preguntas o comentarios, mientras que mi compañera y el supervisor permanecían en una posición más distante y pasiva, establecimos así una especie de “baile”, cuando un terapeuta se integraba al sistema, se mostraba más activo para hacer preguntas y los otros dos permanecían en una posición más distante o pasiva, posteriormente los terapeutas que quedaban en esa posición distante también se integraban al sistema de la familia para ocupar una posición más cercana y activa durante las sesiones. En diversas ocasiones, mi compañera terapeuta comentó que le costaba trabajo hacer preguntas o integrarse en un papel más activo. Considero que esto pudo deberse a las resonancias que generaba la familia en ella o porque en sus relaciones de género tendía a adoptar una posición de mayor pasividad con respecto a los hombres. Este tipo de análisis de la coterapia nos faltó hacerlo durante el proceso por falta de tiempo. Y de acuerdo a Bertrando (2011), la reflexión de la posición del terapeuta es relevante porque desde esa posición influye en lo que ve se ve y hace con efectos de los actos sobre los otros. Así mismo algo que influye en la posición del terapeuta son los prejuicios (Cecchin, Lane & Ray, 1997) de los que pude identificar en mí y compañeros terapeutas están los siguientes:

Los míos:

- Tenemos que ayudar a la pareja a que se sientan mejor.
- Tengo que utilizar la postura de los modelos soluciones, colaborativo, equipo de reflexión y el modelo de Milán.
- No debo competir con mis compañeros terapeutas, todos tenemos puntos de vista que pueden incluirse.
- Debo dar voz a mis compañeros terapeutas y ellos a su vez tienen que darme voz en mis comentarios.
- Utilizar mis prejuicios para ser consciente de ellos, no abandonarlos porque es imposible salir de ellos.
- Debo tomar en cuenta la opinión y emoción de cada miembro de la pareja.

Los que pude identificar de mis compañeros terapeutas:

- Debemos ayudar a esta pareja de alguna manera.
- Tenemos que darnos espacio para participar todos en el diálogo.
- Tenemos nuestros puntos de vista sin imponerlos a otros.
- Ningún terapeuta ocupa una posición superior sobre los otros.
- Tenemos que reconocer recursos y aceptar estados de ánimo de los consultantes.
- No podemos hablar todos al mismo tiempo o quedarnos callados sin favorecer el diálogo.

Esta revisión de los prejuicios que posiblemente teníamos en la terapia, nos hizo más conscientes de ellos, lo que pudo hacernos cambiar acerca de las posiciones que teníamos en el sistema



terapéutico, toda vez que salir de ellos es una situación imposible (Bertrando, 2011; Cecchin, Lane & Ray, 1997).

Algo que también facilitó “el baile” de los terapeutas entre ellos y con la familia fue la postura que proponen los modelos de soluciones, colaborativo y equipo reflexivo (mencionados anteriormente), donde se hace énfasis en los recursos que tienen los clientes, hacer uso del lenguaje de los clientes para construir una relación terapéutica basada en la empatía, la cooperación y una relación menos jerárquica y más horizontal, en donde clientes y terapeutas hacen la terapia dejando atrás la posición del terapeuta experto y devolviéndole esa expertez a los clientes.

Se observaron ventajas de la coterapia que realizamos en concordancia con lo que propone Garrido (1996), mismas que tiene que ver con la ampliación de las potencialidades, valoración de las diferencias, participación y corresponsabilidad. Considero que no tuvimos desventajas en la coterapia que realizamos a las propuestas por algunos autores como la lucha por el liderazgo, confusiones y falta de comunicación y de congruencia en acciones (Whitaker, 1989; Martínez de Velasco & Carrasco, 1994 en Garrido, 1996). Algunas desventajas que se presentaron en la coterapia que realizamos, fue el no poner énfasis en la posición de los terapeutas con los consultantes, entre los terapeutas, y con el equipo terapéutico, creo que si hubiéramos hecho este tipo de reflexiones nos hubiera permitido ponerle palabras a lo “no dicho” (Boscolo & Bertrando, 1996 ) comprender nuestras posiciones, tal vez modificarlas para dirigir la terapia en otra dirección con resultados diferentes o seguir en la misma línea con los resultados que se obtuvieron.

El sistema terapéutico estuvo conformado por la familia, los terapeutas y el equipo detrás del espejo. Tomando en cuenta que los límites del sistema terapéutico pueden ser arbitrarios y que nunca se puede estar completamente consciente de todas las complejidades del mismo, derivado de que siempre existe algo que no se conoce de los clientes o de los terapeutas (Bertrando, 2011).

Se hace el siguiente análisis que permitió la conformación del sistema terapéutico:

- La pareja pudo reconocer un dominio de expertez de los terapeutas, la presencia del Dr. Raymundo Macías, terapeuta con años de experiencia que acompañó y guió a dos terapeutas jóvenes de diferente sexo, así mismo los terapeutas reconocimos en la pareja el conocimiento que ellos tenían de su relación y vivencias en sus historias de vida.
- Se dio una resonancia emocional entre los terapeutas y la pareja, en ocasiones el sufrimiento de cada uno, nos hacía entenderlos, tratar de protegerlos y ayudarlos. En otros momentos del proceso nos sentíamos atrapados por el discurso repetitivo de la pareja hacia los problemas que tuvieron en el pasado, y en otras situaciones compartimos experiencias de alegría con ellos, como cuando relataron que discutían menos y se llevaban mejor.

- Otro criterio que se tomó en cuenta fue que los terapeutas empezaron a reconocer los cambios de la familia, la relación entre René y Gael mejoró en cuanto pudieron definir su separación, Gael tuvo mayor acercamiento con sus hijos, René dejó de verlos como niños y empezó a reconocerlos como adultos.
- Se terminó la terapia con una visión compartida de un buen resultado de los clientes y terapeutas que participaron en el proceso; de un compromiso mutuo entre los consultantes y terapeutas, ellos no faltaron a las sesiones, llegaban a tiempo, tenían interés por compartir sus ideas, emociones y nosotros nos sentíamos interesados por ellos, creíamos que podrían hacer cambios en su manera de relacionarse aunque terminaran la relación como pareja. En la medida que se fue construyendo el *sistema terapéutico* recursivamente también se fue transformando la *relación terapéutica* que teníamos con los consultantes porque la fuerza contextual transforma las relaciones y las posiciones de quienes están dentro de ese contexto (comunicación personal Reséndiz, 2013), en un inicio la relación fue más complementaria en donde ellos nos asignaron un lugar de expertos para contener su crisis emocional y relacional. En otro momento la relación tuvo otro tipo de complementariedad en donde identificamos recursos con la pareja con el visto bueno de ellos, lo que les permitió reorganizarse de forma diferente como se comprobó en la llamada de seguimiento.

Por otro lado, el escuchar las distintas voces del equipo terapéutico, me permitió tener nuevas narraciones sobre las dificultades que tenía la pareja para volverse a integrar de una manera más satisfactoria para ellos. La posibilidad de compartir otras ideas sobre la dirección del caso, retomar los diferentes puntos de vista y decidir cómo traducirlos en estrategias durante la conversación con los clientes, los llevo a generar nuevos significados en su relación a partir de destacar sus recursos, capacidades y excepciones a los problemas.

En el transcurso de las sesiones, observamos que paulatinamente René y Gael se sentían más cómodos con el equipo terapéutico, permitiendo que compartieran temas tan íntimos como el manejo de la sexualidad que tenían en su relación, hasta los temas que les generaban miedo y dolor entre ellos y con sus hijos.

### **Recursos y limitaciones**

Se observó que la pareja estuvo motivada para trabajar diversos aspectos de su relación, lo cual les permitió negociar una buena separación en donde sintieran el menor dolor posible. El fortalecimiento de sus recursos y capacidades les permitió establecer negociaciones hacia la separación y enfrentar los temores que conlleva este tipo de experiencias, de por si dolorosas para cada uno de los integrantes de la familia.

Una limitante del Modelo de soluciones es que actúa a nivel más interaccional con las soluciones efectivas y en los recursos que tienen las personas. En este sentido, un riesgo del modelo es que se puede reducir el campo de observación, o que el terapeuta este tan preocupado en generar cambios que se vuelva muy mecánico y directivo en su quehacer terapéutico, sin entender primero el funcionamiento del sistema antes de querer cambiarlo; sin embargo, los cambios a nivel pareja pueden llevar a otros cambios en diferentes niveles. Por ejemplo, el acercamiento que tuvo Gael con sus hijos, o con la manera de relacionarse entre la pareja. Otra limitante que observamos fue que Gael no acudió a la sesión de cierre del proceso terapéutico, hubiera sido muy enriquecedor conocer los aprendizajes que tuvo del proceso.

### **Seguimiento**

Un año después de la terminación de la terapia, se contactó telefónicamente a René, escuchándola contenta de volver a establecer comunicación con uno de los terapeutas que participó en la terapia, comentó que se separó de Gael en agosto del 2012, él se fue a vivir a un departamento que es de su propiedad, conviven seguido porque Gael puso una tienda de abarrotes cerca del domicilio que tienen en Xochimilco, “La convivencia que tenemos es de amigos, me pide que le ayude, le ayudó y viceversa, somos como dos buenos amigos, estamos en buenos términos, recobramos la capacidad de comunicarnos”. En ocasiones Gael le sigue insistiendo a que retomen la relación, ella le dice que por el momento están bien así. Por su parte René sigue en su trabajo como administrativo en el Instituto Politécnico Nacional y comenzó a estudiar una Maestría, expresando un sentimiento de satisfacción y alegría por lo que realizaba en su vida. Asimismo refirió que la relación de Gael con sus hijos mejoró notablemente “existe buena relación entre ellos, tomaron muy bien nuestra separación”, comentó que los proyectos de sus hijos de irse a Canadá aún no se concretan y que Gael tiene proyectado poner un negocio en Cancún. Lo que le preocupa de quedarse sola es el futuro, por lo que le comenté que seguramente ella iba a poder enfrentar las dificultades que se le pudieran presentar, y que en caso necesario, podía volver a solicitar ayuda en el centro de servicios psicológicos de la facultad de Psicología, lo que tranquilizó a René y le dio esperanza de un futuro incierto pero prometedor con la nueva vida que está construyendo.

## **2. Habilidades de investigación**

El aspecto de investigación que pretende el programa de Residencia en Terapia Familiar, contempla la importancia de formar a sus egresados para que sean capaces de diseñar, aplicar e instrumentar proyectos de investigación desde la metodología cuantitativa y cualitativa. Dichos proyectos deberán contribuir a la difusión del conocimiento, a la obtención de datos acerca de problemas psicosociales que inciden en el ámbito familiar, al análisis y reflexión de estos problemas, así como de los procesos y los factores que se hayan involucrados en ellos.

Para cumplir con este aspecto de la formación, desarrollamos tres proyectos de investigación, dos desde la metodología cuantitativa, uno relativo al *Funcionamiento Familiar en médicos residentes* que fue publicado como artículo en la revista de Especialidades Médicas Quirúrgicas del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado). La otra investigación fue la construcción de la *Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo en la Familia* (EPIAF) que se presentó en la modalidad de cartel en el *V Congreso de investigación de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM*. La investigación con la metodología cualitativa fue referente a los *“Factores familiares que inciden en la Reinserción Social en personas que han cometido algún delito federal”*.

Me parece fundamental que los terapeutas familiares podamos encontrar en la investigación un área más de desarrollo profesional, no solo porque al hacerlo enriquecemos el acervo de conocimientos en el ámbito de la Terapia Familiar, sino porque el trabajo terapéutico necesita profesionistas que cuenten con una visión clínica, pero también con la curiosidad del científico que desea entender el fenómeno que estudia.

### **2.1 Reporte de investigación con metodología cuantitativa.**

Elaboramos junto con dos compañeros de la maestría Lourdes Gabriela Sandoval Miranda y Abraham Islas García la investigación *“Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)”* con el objetivo de identificar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la empatía para establecer consideraciones en torno a la necesidad de incluir la educación de las habilidades emocionales y sociales en los currículos de los egresados. La investigación se publicó en la Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas del ISSSTE octubre-diciembre 2011; volumen 16 numero 4: 221-228. Se presenta la investigación tal y como se publicó en la revista.

## Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lourdes Gabriela Sandoval Miranda,\* Raúl Reducindo Vázquez,\*\* Abraham Islas García\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** la práctica médica está ligada a la relación médico-paciente y obliga a los profesionales a desarrollar habilidades de tipo social, como la empatía. El núcleo familiar o la familia de origen representa el agente más importante en el proceso de socialización debido al tiempo e intensidad de sus relaciones. Diversos estudios han identificado que en la población médica existen diferencias por género y tipo de especialidad en relación con las medidas de empatía; sin embargo, no existen antecedentes de interés por factores que impliquen el desarrollo de la empatía.

**Objetivo:** identificar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la empatía para establecer consideraciones en torno a la necesidad de incluir la educación de las habilidades emocionales y sociales en los currículos de los egresados.

**Participantes y método:** mediante un estudio no experimental de campo o *ex post facto* se estudió a 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidad del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se evaluó su funcionalidad familiar y empatía con la Escala del funcionamiento familiar de Atri y la Escala de empatía de Lozano. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar y la empatía.

**Resultados:** la correlación entre el funcionamiento familiar y la empatía fue de 0.456. Después de que se compararon las medias de las variables demográficas de las escalas del funcionamiento familiar y de la empatía, no se obtuvieron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** existió una alta relación entre el funcionamiento familiar y la empatía. El género, el tipo de residencia y el grado académico no ocasionaron diferencias significativas en el funcionamiento familiar y la empatía.

**Palabras clave:** funcionamiento familiar, empatía, relación médico-paciente, educación médica.

### ABSTRACT

**Background:** Medical practice is linked to the doctor-patient relationship that makes professionals develop social skills such as empathy. The family core or the family of origin is the most important agent in the socializing process due to the time and intensity of its relationships. Many researches studies have identified gender differences, kind of specialty in the empathy measures within the medical population. Nevertheless there is not previous record of the interest of factors that involved the development of empathy.

**Objective:** To identify the relationship between family functioning and empathy to provide considerations on the need to include education for social and emotional skills in the curricula of the graduates.

**Participants and method:** Through a non experimental research 235 residents from the National Medical Center 20 de Noviembre (ISSSTE) were studied. We measured their family functioning perception and empathy using Atri's Family Functioning Scale and the Lozano's Empathy Scale. The Pearson's correlation coefficient was used to measure the relationship between family functioning and empathy.

**Results:** We found correlation between family functioning and empathy of  $r = 0.456$ . The comparison of measures in the demographic variables with the family functioning and empathy scales did not show significant differences ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** We identified high correlation between family functioning and empathy. Gender, kind of residence and academic degree did not show significant differences with family functioning and empathy.

**Key words:** family functioning, empathy, doctor-patient relationship, medical education.

**E**l objetivo de todo programa de formación académica es preparar a los estudiantes de la mejor manera posible para que se desarrollen eficientemente en la práctica profesional.<sup>1</sup>

Este objetivo es una parte de los programas de las residencias médicas. Las residencias médicas en el ISSSTE constituyen un sistema de educación destinado a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje en los servicios de atención pública y a capacitar, en un marco teórico y práctico, a los médicos residentes para que aprendan a diagnosticar y a tratar las enfermedades prevalentes con base en acciones eficientes y responsables que respeten los principios de la buena práctica humana, ética y científica. En esta etapa existen firmes objetivos, como lo son: adquirir identidad profesional y personal, responsabilidad, autocritica, autodecisión y educación continua, ocupar un lugar en el equipo de salud y evolucionar como ser humano.<sup>2</sup>

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.<sup>3</sup> La relación médico-paciente se ha tensado porque el diagnóstico rápido, basado en la tecnología de la medicina moderna, se ha incrementado; esto ha dado lugar a una percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención al paciente.<sup>4</sup>

La práctica médica que se encuentra íntimamente ligada a la relación médico-paciente, al contacto directo con las personas, obliga a los profesionales a desarrollar

habilidades que incluyen las de tipo social. Estas habilidades representan un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, en el que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación y en el que respeta estas mismas conductas en los demás; además, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación con el propósito de minimizar la probabilidad de futuros problemas.<sup>5</sup>

Los comportamientos de conducta social habilidosa descritos implican conductas relacionadas con la *empatía*. Esta variable se ha identificado como de importancia en diversos ámbitos, de ahí que en los últimos años en la población médica la han estudiado Mangione y Hojat, quienes han encabezado numerosas investigaciones en países anglosajones,<sup>4,6-14</sup> y recientemente, a partir de estas investigaciones también se ha tratado el tema en países latinoamericanos, como México<sup>15</sup> y Chile.<sup>16</sup>

Las investigaciones sobre el tema indican que las organizaciones educativas y profesionales recomiendan que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se establezcan y evalúen entre los residentes en adiestramiento clínico. Lo anterior no solamente para mejorar la relación médico-paciente<sup>17,18</sup> sino también para aumentar la calidad de la atención a los pacientes.<sup>19-21</sup> Incluso, existen pruebas de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica.<sup>12</sup>

El concepto de *empatía* se ha definido como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinada con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la empatía se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie

\* Jefatura de Servicios de Enseñanza, ISSSTE, México, DF.  
\*\* Terapeutas familiares, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.

Correspondencia: Lic. Lourdes Gabriela Sandoval Miranda. Departamento de Enseñanza y Capacitación de la Dirección Médica del ISSSTE. Av. San Fernando 547, edificio A, primer piso, colonia Toriello Guerra, CP 14050, México DF. Correo electrónico: gabsandoval@issste.gob.mx  
Recibido: mayo, 2011. Aceptado: septiembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Sandoval-Miranda LG, Reducindo-Vázquez R, Islas-García A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Rev Esp Med Quir 2011;16(4):221-228.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

---

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

de atributos, como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recopilar la historia clínica y ejecutar el examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos.<sup>9</sup>

Al medir la empatía en la población médica resulta que los médicos de las especialidades “orientadas al paciente”, como los de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina de Urgencia, Psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes, obtienen puntajes de empatía más altos

que los médicos de las especialidades “orientadas a la tecnología”, como los de Anestesiología, Radiología, Patología, Cirugía y subespecialidades quirúrgicas.<sup>10,12</sup> Asimismo, se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.<sup>8,9,12</sup>

Aunque se ha incrementado el interés por identificar los factores que afectan a la práctica médica y que se relacionan con la socialización —como la empatía—, no se han realizado estudios que identifiquen el contexto en el que la población médica se desarrolla a lo largo de la vida. La familia es el primer agente en la vida que durante un lapso más o menos prolongado monopoliza prácticamente la socialización, sobre todo, durante la infancia. Toda la familia socializa al niño de acuerdo con su particular modo de vida, el cual está influido por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la que está inserta la familia.<sup>22</sup>

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro y que hacen que éste funcione bien o mal como unidad.<sup>23</sup> En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que le permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y que, además, le infunden el sentimiento de que no está aislado y de que cuenta con el apoyo de los demás.<sup>24</sup> En contraste, las familias disfuncionales se distinguen por una rigidez que no permite revisar opciones de conducta, y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.<sup>25</sup>

El objetivo principal de este estudio es identificar la relación entre la empatía y el funcionamiento familiar positivo de la familia de origen de los médicos residentes del ISSSTE, así como las diferencias obtenidas en la medición de la empatía, de acuerdo con las características de la población estudiada y de acuerdo con el interés que existe en el ISSSTE por establecer programas integrales de enseñanza que contemplen cada una de las habilidades necesarias para llevar a cabo un ejercicio médico de calidad.

## MÉTODO

Estudio no experimental de campo o *ex post facto*.

## Población

Participaron 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidad o subespecialidad del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE; 57.4% eran de género masculino. Se observó una media de edad de 30 años y se clasificaron los médicos residentes por áreas: área médica (69.4%), área quirúrgica (21.3%) y área médico-quirúrgica o mixta (9.4%). Respecto al estado civil, la distribución fue la siguiente: 63% eran solteros, 28.9% estaban casados, 5.5% vivían en unión libre y 2.6% eran divorciados.

## Criterios de selección

- Inclusión: médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.
- Exclusión: médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE que se negaron a participar en la investigación.
- Eliminación: cuestionarios resueltos de manera incompleta.

## Definición operacional de las variables

- Funcionamiento familiar: los puntajes se obtuvieron con el instrumento de funcionamiento familiar elaborado por Atri.
- Empatía: los puntajes se obtuvieron con el instrumento de empatía elaborado por Lozano.
- Datos sociodemográficos: las variables valoradas en el estudio fueron: edad, sexo, estado civil, tipo del curso de especialización (residencia) y grado del curso de especialización (año que cursaba el médico en la residencia).

## Material e instrumentos

Para medir el funcionamiento familiar se utilizó la escala de Atri, instrumento construido en México<sup>26</sup> y constituido por seis subescalas: 1) participación afectiva funcional, 2) participación afectiva disfuncional, 3) patrones de comunicación disfuncionales, 4) patrones de comunicación funcionales, 5) resolución de problemas, y 6) patrones de control conductuales. Atri reportó que los resultados del análisis factorial con rotación varimax fueron seis factores que explicaron 75.4% de la variancia total. La confiabilidad obtenida de las seis subescalas varió entre 0.45 y 0.92. La totalidad del instrumento se compone de 40 reactivos.



Para medir la empatía se utilizó la escala de Lozano, basada en Díaz Loving, Andrade y Nadelsticher.<sup>27</sup> La escala evalúa la empatía, definida ésta como una respuesta afectivo-cognitiva que orienta la conducta, que es activada por la situación de otra persona y que es congruente con la situación de dicha persona. Se efectuó un análisis factorial –con rotación varimax– de los componentes principales, análisis que dio como resultado un factor (*compasión empática* en seis reactivos) y dos indicadores (*empatía cognitiva e indiferencia a los sentimientos* en dos reactivos por cada indicador), con lo que explicó 59.2% de la variancia total.

El coeficiente de consistencia interna de la escala global fue un valor de  $\alpha$  igual a 0.77; este mismo valor se obtuvo en el coeficiente del factor; el coeficiente de los indicadores fue un valor de  $\alpha$  igual a 0.61 y 0.66.

La totalidad del instrumento se compone de 13 reactivos.

### Procedimiento

Se citó a los médicos residentes de las especialidades y subespecialidades en el auditorio del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, donde se les explicó que se estaba realizando una investigación acerca de las relaciones familiares y la empatía. Se les pidió que respondieran un cuestionario autoaplicado en un cuadernillo individual; se les indicó que su participación sería anónima y que era importante que proporcionaran respuestas honestas. Luego se les aplicaron dos instrumentos, que estaban integrados en el cuadernillo de autoaplicación, para medir las variables de interés.

### Pruebas estadísticas

Se capturaron los puntajes de respuesta obtenidos en el paquete estadístico SPSS, versión 19.0, con opciones de respuesta que se presentaban en un rango de 1 a 4 en la escala de Likert para el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos junto a las variables de edad, sexo, estado civil, año, tipo del curso de especialización (residencia) y grado del curso de especialización (año que cursaba el médico en la residencia).

Se utilizó estadística descriptiva, como promedio, desviación estándar y porcentajes. Para evaluar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar y la empatía se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

## RESULTADOS

Se encontraron correlaciones altamente significativas entre los factores de la Escala de funcionamiento familiar. Los puntajes más altos se produjeron en *expresión de afecto y apoyo familiar*, con 0.703; en *comunicación funcional y expresión de afecto*, con 0.674, y en *comunicación funcional y apoyo familiar*, con 0.594 (Cuadro 1).

Las medias de los factores de funcionamiento familiar fueron las siguientes: en *apoyo familiar* fue de  $3.70 \pm 0.39$ ; en *enfrentamiento de los problemas* fue de  $3.49 \pm 0.51$ , y en *expresión de afecto* fue de  $3.51 \pm 0.48$ .

La media total de la Escala de funcionamiento familiar fue de  $3.43 \pm 0.47$ . La media de la Escala de empatía fue de  $2.89 \pm 0.42$ .

Existió una alta correlación entre el funcionamiento familiar y la empatía de  $r = 0.456$ ; los factores que más se correlacionaron fueron: *expresión de afecto*, *apoyo familiar* y *desinhibición emocional* (Cuadro 2).

Al comparar las medias de las variables demográficas (sexo, edad, etc.) y de las escalas de funcionamiento familiar y de empatía no hubo diferencias significativas ( $p = < 0.05$ ).

## DISCUSIÓN

Por estudios similares se ha podido comprobar que la formación recibida en la familia y el clima familiar en general repercutirán en el tipo de aspectos que los individuos valoran y en las capacidades que los individuos desarrollan, como la empatía.

En estudios en que se relacionaron el funcionamiento familiar con otras variables que implican atributos positivos, como la calidad de vida, se obtuvieron resultados similares en los que existe una alta correlación.<sup>28</sup>

Respecto al género, en el funcionamiento familiar y la empatía no se obtuvieron diferencias significativas. Este resultado es inconsistente con los resultados reportados en los estudios, ya que en la población de médicos mexicanos y estadounidenses las mujeres tuvieron en la Escala de empatía un puntaje significativamente superior a los hombres.<sup>8,9,12,15</sup> Lo anterior no se contrapone con estas ideas: las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres, las mujeres pasan más

**Cuadro 1.** Correlaciones entre los siete factores de la Escala de funcionamiento familiar

	<i>F1. Expresión de afecto</i>	<i>F2. Apoyo familiar</i>	<i>F3. Desinhibición emocional</i>	<i>F4. Respeto en la familia</i>	<i>F5. Enfrentamiento de los problemas</i>	<i>F6. Comunicación funcional</i>	<i>F7. Flexibilidad de las normas</i>
F1. Expresión de afecto	1.000						
F2. Apoyo familiar	0.703	1.000					
F3. Desinhibición emocional	0.519	0.461	1.000				
F4. Respeto en la familia	0.520	0.508	0.515	1.000			
F5. Enfrentamiento de los problemas	0.449	0.445	0.569	0.558	1.000		
F6. Comunicación funcional	0.674	0.594	0.404	0.369	0.369	1.000	
F7. Flexibilidad de las normas	0.395	0.336	0.194	0.250	0.108	0.320	1.000

**Cuadro 2.** Análisis factorial, alfa de Cronbach y variancia explicada correspondientes a la Escala de funcionamiento familiar (continúa en la siguiente página)

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>						
	<i>Expresión de afecto</i>	<i>Apoyo familiar</i>	<i>Desinhibición emocional</i>	<i>Respeto en la familia</i>	<i>Enfrentamiento de los problemas</i>	<i>Comunicación funcional</i>	<i>Flexibilidad de las normas</i>
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	0.823						
29. Somos una familia cariñosa	0.819						
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	0.791						
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	0.691						
24. En mi familia hablamos con franqueza	0.667						
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	0.665						
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	0.570						
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	0.480						
26. Las normas familiares están bien definidas	0.420						
12. Me siento parte de mi familia		0.760					
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente		0.685					
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos		0.682					
2. Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme		0.650					

**Cuadro 2.** Análisis factorial, alfa de Cronbach y variancia explicada correspondientes a la Escala de funcionamiento familiar (continúa en la siguiente página)

	<i>Expresión de afecto</i>	<i>Apoyo familiar</i>	<i>Desinhibición emocional</i>	<i>Respeto en la familia</i>	<i>Enfrentamiento de los problemas</i>	<i>Comunicación funcional</i>	<i>Flexibilidad de las normas</i>
1. Mi familia me escucha		0.557					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones		0.497					
33. Si estoy enfermo, mi familia me entiende		0.451					
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia			0.653				
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia			0.641				
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa			0.580				
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas			0.564				
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa			0.500				
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas				0.653			
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia				0.649			
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta				0.546			
32. Mi familia no respeta mi vida privada				0.531			
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas					0.770		
7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza					0.664		
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas					0.611		
34. En mi casa cada quien se guarda sus problemas					0.456		
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo						0.648	
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa						0.619	

**Cuadro 2.** Análisis factorial, alfa de Cronbach y variancia explicada correspondientes a la Escala de funcionamiento familiar (continuación)

Reactivos	Factores						
	Expresión de afecto	Apoyo familiar	Desinhibición emocional	Respeto en la familia	Enfrentamiento de los problemas	Comunicación funcional	Flexibilidad de las normas
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia						0.571	
28. Si en mi familia no puede cumplirse una regla, la modificamos							0.739
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas							0.674
Número de reactivos	9	7	5	4	4	3	2
Variancia explicada	16.585	27.812	35.550	43.125	50.577	57.371	62.536
Alfa de Cronbach	0.9133	0.8289	0.720	0.701	0.721	0.717	0.489

tiempo con sus pacientes y las mujeres ofrecen más atención preventiva y orientada a los pacientes.

En el análisis factorial, con rotación varimax (Cuadro 3), de la Escala de funcionamiento familiar<sup>26</sup> se identificaron siete factores diferentes en la población estudiada, los cuales se denominaron de la siguiente forma: primer factor o *expresión de afecto* (nueve reactivos), segundo factor o *apoyo familiar* (siete reactivos), tercer factor o *desinhibición emocional* (cinco reactivos), cuarto factor o *respeto en la familia* (cuatro reactivos), quinto factor o *enfrentamiento de los problemas* (cuatro reactivos), sexto factor o *comunicación funcional* (tres reactivos) y séptimo factor o *flexibilidad de las normas* (dos reactivos). Todos los

**Cuadro 3.** Correlación entre la empatía y los factores de la Escala de funcionamiento familiar

	Empatía
F1. Expresión de afecto	0.400*
F2. Apoyo familiar	0.378
F3. Desinhibición emocional	0.280
F4. Respeto en la familia	0.350
F5. Enfrentamiento de los problemas	0.229
F6. Comunicación funcional	0.275
F7. Flexibilidad de las normas	0.310
Funcionalidad familiar	0.456

\* La correlación es significativa en 0.01 (dos colas).

reactivos con carga factorial de 0.42 a 0.82 tienen un alfa de Cronbach total de 0.9133.

En el análisis factorial, con rotación varimax, del instrumento de empatía (Cuadro 4) se encontró un factor que se denominó “empatía”, integrado por nueve reactivos a diferencia de los encontrados por Lozano,<sup>27</sup> quien identificó tres factores. Todos los reactivos cuentan con un alfa de Cronbach de 0.758.

Los resultados del presente estudio demuestran que cuando en las relaciones familiares se expresan

**Cuadro 4.** Matriz de componentes de la Escala de empatía

Reactivos	Componentes
97. Me conmueve el dolor de otros	0.800
100. Me doy cuenta de cuando alguien está sufriendo	0.775
93. Soy una persona sensible	0.752
102. Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	0.750
95. Puedo comprender el sufrimiento de las personas	0.728
98. Me preocupo por los demás	0.724
96. Me da pesar ver sufrir	0.669
92. Trato de ayudar a los menos afortunados	0.655
103. Adivino cuando alguien tiene problemas	0.469
Variancia explicada	50.23
Alfa de Cronbach	0.758

Método de extracción: análisis de los componentes principales.

REFERENCIAS

1. Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria A. La formación de médicos familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución. *Arch Med Fam* 2005;7:31-34.
2. Archivos de la Jefatura de Enseñanza del ISSSTE.
3. Glass RM. The patient-physician relationship. *JAMA* 1996;275:147-148.
4. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, et al. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002;24:371-374.
5. León A, Rodríguez C, Ferrel F, Ceballos G. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 2009;24:91-105.
6. Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med* 1995;70(4):305-312.
7. Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, et al. Empathy in medical education and patient care (letter). *Acad Med* 2001;76:669.
8. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas* 2001;61:349-365.
9. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.
10. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-941.
11. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *J Soc Psychol* 2005;145:663-672.
12. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence, and gender. *Med Educ* 2002;36:1-6.
13. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med* 2002;77:S58-60.
14. Hojat M, Fields SK, Gonnella JS. Empathy: an NP/MD comparison. *Nurse Pract* 2003;28:45-47.
15. Alcorta A, González JF, Tavitas S, Rodríguez FJ, Hojat M. Validación de la Escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental* 2005;28:57-63.
16. Carvajal A, Miranda CI, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista Hospital Clínico (Universidad de Chile)* 2004;15:302-306.
17. Bertakis KD, Roter D, Putman SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32:175-181.
18. Levinson W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994;273:1619-1620.
19. Hudson GR. Empathy and technology in the coronary care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1993;9(1):55-61.
20. Jackson SW. The listening healer in the history of psychological healing. *Am J Psychiatry* 1992;149:1623-1632.
21. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991;6:420-423.
22. Portantiero JC. La sociología clásica: Durkheim y Weber. Buenos Aires: Centro editor de América Latina, 1990.
23. Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS* 1983;21(4):325-363.
24. Saucedo García JM, Foncecerra MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981;19(2):155-163.
25. Saucedo García JM. Psicología de la vida en familia. Una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991;29(1):61-68.
26. Atri, R. Confiabilidad y validez del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). Tesis de maestría en Orientación y terapia familiar, Universidad de las Américas, México, 1987.
27. Lozano Razo, G. Actitudes y estrategias de persuasión hacia la donación de órganos y tejidos. Tesis de doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM (instrumento de acción razonada para la donación de órganos y tejidos; Escala de empatía basada en la Escala multidimensional de empatía, de Díaz Loving, Andrade y Nadelsticher; 1987.
28. Palomar J. Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis de doctorado en Psicología Social (no publicada), Facultad de Psicología (UNAM), México, 1998.

## **2.2. Reporte de la construcción de la Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF).**

### **Fundamentos involucramiento afectivo familiar**

La familia desarrolla ciertas pautas o maneras relativamente estables de relacionarse entre sí. El conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares - o funcionamiento familiar- tiene estrecha relación con el desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros (Louro, 2005; Gubbins, Venegas y Romero, 1999).

El funcionamiento familiar toma en cuenta la forma de relacionarse del grupo internamente, es decir al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas que se dan en el interior de cada familia y que le dan una identidad propia que caracteriza al hogar. Dichas relaciones contribuyen a crear determinado clima emocional que será determinante para el equilibrio biopsíquico y el bienestar de sus integrantes.

Weinreich e Hidalgo (2004) y Rodrigo et al. (2004) consideran a la familia como un factor de riesgo que genera comportamientos no saludables en sus miembros o por el contrario, como un factor protector de dichos comportamientos.

De acuerdo con lo anterior, la calidad de las relaciones familiares es la clave para el bienestar del individuo y dicha calidad se relaciona con algunas dimensiones de un adecuado funcionamiento familiar.

Se ha mencionado que el modelo de funcionamiento familiar del Mc Master, es un modelo que evalúa el funcionamiento de la familia a través de seis dimensiones, precisamente una de estas dimensiones (involucramiento afectivo), se utilizó como base para la construcción de este instrumento.

### **PROCEDIMIENTOS PSICOMÉTRICOS EN EL DESARROLLO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR**

#### **Dimensiones teóricas**

De las seis dimensiones que integran el involucramiento afectivo en el modelo de Mc Master; se consideraron en un inicio solo cuatro para la construcción de este instrumento, porque eran más claramente diferenciables entre sí. Prescindiendo del *involucramiento*

*desprovisto de afecto* y el *involucramiento simbiótico* por considerarse semejantes a la *Ausencia de involucramiento* y *Sobre-involucramiento* respectivamente.

A continuación se presentan las dimensiones utilizadas en principio y posteriormente las dimensiones obtenidas a través del análisis estadístico.

#### **Ausencia de involucramiento**

No existe interés en las actividades o el bienestar de los demás.

#### **Involucramiento egocéntrico**

Habrá interés en el otro sólo si se beneficia a sí mismo, es un interés básicamente egocéntrico.

#### **Involucramiento empático**

Existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aun cuando esto sea periférico al propio interés.

#### **Sobre-involucramiento**

Excesivo interés de uno hacia el otro, e implica sobreprotección e intrusión.

#### **Dimensiones obtenidas por el análisis estadístico.**

De las cinco dimensiones que integran la escala, solo el *involucramiento empático* y *egocéntrico*, mantuvieron una correspondencia con las dimensiones teóricas planteadas en un principio. Las dimensiones restantes, *desinterés*, *exceso de control* y *falta de comunicación* se obtuvieron a partir del análisis de validez factorial hecho al instrumento, por lo que adquirieron un nombre y un significado parcialmente diferente al que originalmente se pensó con las dimensiones teóricas de *sobre-involucramiento* y *ausencia de involucramiento*.

#### **Involucramiento empático**

Los integrantes del grupo familiar manifiestan preocupación, comprensión y protección entre ellos.

### **Desinterés**

Los integrantes del grupo familiar expresan ausencia de apego y disposición de la familia hacia alguno de sus integrantes.

### **Exceso de control**

La conducta de los integrantes de la familia se maneja a través de normas y límites rígidos que no dan lugar a comportamientos alternativos.

### **Egocéntrico**

La satisfacción de intereses particulares está por encima del grupo familiar.

### **Falta de comunicación**

La expresión de sentimientos, pensamientos y conflictos entre los integrantes de la familia es escasa.

## **CONFORMACIÓN DE LA ESCALA.**

La Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar en un inicio se conformó de 178 reactivos: 35 de ausencia de involucramiento, 42 de involucramiento narcisista, 41 de involucramiento empático y 60 de sobre-involucramiento en correspondencia con el análisis de los antecedentes teóricos investigados, los cuales exploran cada una de las dimensiones consideradas para el involucramiento afectivo.

Los reactivos se aleatorizaron y se presentaron en un formato tipo likert con 4 opciones de respuesta relativas a la frecuencia: “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

### **Prueba de claridad**

Con el propósito de identificar si las instrucciones y afirmaciones que componen la escala eran claras y entendibles, se realizó un piloteo con 10 sujetos con características semejantes a la población objetivo.

De acuerdo con los resultados que se desprenden de la prueba de claridad se realizaron modificaciones en: instrucciones, datos socio demográficos y algunos ítems del instrumento.



### **Validez de facie**

Se empleó el método de jueces Q-que sirve para determinar si cada uno de los reactivos mide la dimensión teórica que pretende medir.

Los reactivos se sometieron a la opinión de expertos y como resultado se eliminaron del instrumento un total de 58 reactivos.

### **Características de la muestra**

Para obtener los índices psicométricos de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó la Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF) a una muestra de 300 participantes de bachillerato, con una media de edad de 16 años de los cuales 49% fueron hombres; así como también 51 participantes de licenciatura, con una media de edad de 21 años, y cuyo número de participantes fue el mismo para ambos sexos; todos los sujetos son residentes en el Distrito Federal y estudiantes de una escuela privada ubicada en la zona centro de la ciudad de México-

### **Calidad discriminatoria**

Se sometió a prueba la capacidad discriminatoria de los reactivos y con el método de grupos extremos se eliminaron 7 reactivos más.

### **Validez factorial**

Para conocer la estructura factorial de los 113 reactivos que discriminan entre los grupos de sujetos con puntuaciones altas y bajas, se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación *varimax* que se detuvo a las 61 iteraciones. Los resultados mostraron la agrupación de 64 reactivos en 7 factores que explican el 26.41% de la varianza total.

El criterio para considerar que un reactivo pertenece a un factor fue que su carga factorial sea igual o mayor a 0.30. En el caso de reactivos que se agruparon en más de un factor; se tomó como criterio de asignación la carga factorial más alta y su congruencia conceptual.

El nombre de los factores, el porcentaje de la varianza que explican y el número de reactivos que lo componen se presentan en la tabla 1

**Tabla 1. Resultados del análisis factorial. Nombre del factor, porcentaje de la varianza explicada y número de reactivos que integran cada factor.**

Factor	Nombre	Varianza explicada	Números reactivos
1	Involucramiento empático	8.90%	22
2	Desinterés	4.16%	12
3	Exceso de control	3.50%	8
4	Egocéntrico	3.24%	7
5	Falta de convivencia	2.46%	6
6	Falta de comunicación	2.41%	5
7	Involucramiento por conveniencia	2.24%	4
	TOTAL	26.41%	64

La estructura factorial de la prueba estuvo formada por 7 factores denominados *involucramiento empático, desinterés, exceso de control, egocéntrico, falta de convivencia, falta de comunicación e involucramiento por conveniencia*. Se observa que el factor 1 *involucramiento empático* y el factor 2 *desinterés* contienen más reactivos que los demás factores, agrupando 22 y 12 reactivos respectivamente.

De los siete factores el factor número 1, es el único que se asocia con un adecuado involucramiento familiar, por el contrario los seis restantes evalúan o identifican un involucramiento afectivo disfuncional.

### Confiabilidad

Para conocer la confiabilidad de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar, se calculó el *alfa de Cronbach* para cada uno de los factores encontrados; así como el alfa total del instrumento. El criterio de aceptación fue de valores superiores a 0.70.

La siguiente tabla presenta los resultados del coeficiente alfa, así como el número de reactivos correspondientes a cada factor.

**Tabla 2. Coeficientes de confiabilidad de los factores.**

Factor	Coeficiente alfa	Número de reactivos	Reactivos
Factor 1: Involucramiento empático	0.91	22	
Factor 2: Desinterés	0.83	12	
Factor 3: Exceso de control	0.79	8	
Factor 4: Egocéntrico	0.76	7	
Factor 5: Falta de convivencia	0.61	6	
Factor 6: Falta de comunicación	0.71	5	
Factor 7: Involucramiento por conveniencia	0.63	4	

Los resultados de este análisis muestra que los factores *involucramiento empático*, *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación* obtuvieron coeficientes de confiabilidad superiores a .70. Para los factores *falta de convivencia* e *involucramiento*

*por conveniencia* la consistencia obtenida fue menor a 0.70 por lo que al no satisfacer el criterio de aceptación fueron eliminados del instrumento.

El alfa total se calculó con base a los factores cuyo índice de consistencia fue superior a .70, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de .93, que indica que los reactivos que integran cada factor realizan mediciones estables y consistentes, con un adecuado nivel de correlación entre ellos.

La tabla 3 presenta los factores cuyo índice de confiabilidad fue superior a .70 y el número de reactivos de cada una de los factores, así como la escala total.

**Tabla 3. Coeficientes de confiabilidad de los factores.**

Factor	Coeficiente alfa	Reactivos
Factor 1: Involucramiento empático	0.91	22
Factor 2: Desinterés	0.83	12
Factor 3: Exceso de control	0.79	8
Factor 4: Egocéntrico	0.76	7
Factor 5: Falta de comunicación	0.71	5
Alfa total:	0.93	54

Por lo tanto la estructura de la prueba quedó conformada por cinco factores; que agrupan 54 reactivos; y cuya alfa total es de .93.

**Validez de criterio.**

La validez de criterio permitió corroborar contra un criterio externo lo que mide el instrumento. En esta investigación se compararon las medias de los grupos, de bachillerato y de licenciatura por medio de una prueba t para muestras independientes.

Se espera que el proceso de separación e individuación que presenta cada grupo sea distinto de acuerdo al ciclo de vida o etapa de desarrollo en el que se encuentra y que esto sirva de criterio para establecer diferencias en relación al grado y estilo de involucramiento entre ambas poblaciones.

**Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student que compara las medias de los factores de la prueba de los sujetos de bachillerato y de licenciatura.**

Factores	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias				Bachillerato		Licenciatura	
	F	Sig.	t	gl.	Sig (Bilateral)	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
<b>Empático</b>	13.713	0.000	-22.424	97.837	0.000	39.08	11.11	65.56	7.08	
<b>Desinterés</b>	0.109	0.741	1.776	349	0.077	22.35	6.72	20.52	7.02	
<b>Exceso de control</b>	3.990	0.047	2.956	87.431	0.004	12.18	4.05	10.80	2.89	

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
 MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

<b>Egocéntrico</b>	1.922	0.16 7	1.065	349	0.288	13.8 6	3.91	12.47	3.17
<b>Falta de comunicación</b>	1.534	0.21 6	2.795	349	0.005	9.59	3.07	8.31	2.64
<b>Suma total de factores 1, 3 y 5</b>	38.24 4	0.00 0	- 17.490 3	148.60 6	0.000	96.2 9	22.6 3	117.6 8	11.2 5

Los resultados obtenidos arrojaron diferencias significativas en los siguientes factores: factor 1 *involucramiento empático* ( $p= .000$ ), factor 3 *exceso de control* ( $p= .004$ ), factor 5 *falta de comunicación* ( $p= .003$ ) y en la calificación total de los factores 1, 3 y 5 del instrumento  $p= .000$  (ver tabla 1). Se puede decir que el instrumento es sensible y discrimina en diferentes poblaciones en estos tres factores y en la calificación total del mismo.

Los factores *desinterés* y *egocéntrico* (2 y 4) no mostraron sensibilidad, por lo tanto no discriminan por grado académico y edad. No obstante, se sometieron a prueba en la validez concurrente para observar su utilidad.

### Validez concurrente

Se sometió a prueba la validez concurrente de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar con la prueba de Relaciones Intrafamiliares ERI (Rivera, M.E. y Andrade, P., 2008).

Se llevó a cabo una correlación bivariada la cual tuvo el objetivo de hacer una correlación entre los reactivos de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar (2011) y algunos reactivos de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).

De acuerdo a este análisis existe una correlación significativa de  $-.712$  entre la suma total de reactivos de la ERI y la suma total de reactivos de la prueba de la EPIAF. La tabla 5 muestra la correlación encontrada de la EPIAF y de la ERI.

**Tabla 5. Correlación entre la prueba criterio y la EPIAF**

		Suma total de reactivos de la ERI
Suma total de reactivos de la EPIAF	Correlación de Pearson	-.712
	Sig. (bilateral)	.000
	N	300

La correlación es significativa al nivel 0,0o (bilateral).

El factor de la prueba de EPIAF que correlaciona de forma más alta con la sumatoria de la prueba criterio, es el *involucramiento empático*, con un coeficiente de .787. Los demás factores de la EPIAF que son *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación*, también correlacionan significativamente de forma negativa con la sumatoria de la prueba criterio con coeficientes de: -.477,-.378,-.264 y -.489 respectivamente.

Los factores de la EPIAF; involucramiento empático, desinterés, exceso de control, *egocéntrico* y *falta de comunicación*, correlacionaron significativamente con los factores *unión y apoyo* y *expresión afectiva* de la ERI, con coeficientes de .758, -.433, -.359, -.240 y -.466 en el factor *unión* y coeficientes de .738, -.466, -.360, -.254 y -.467 en el factor *expresión afectiva*, respectivamente. La tabla 6 muestra las intercorrelaciones encontradas entre la EPIAF y la ERI

**Tabla 6. Intercorrelaciones entre factores y sumas totales entre la ERI y la EPIAF.**

	Suma total EPIAF	Factor 1 inv. Empático	Factor 2 desinterés	Factor 3 exceso de control	Factor 4 egocéntrico	Factor 5 falta de comunicación
<b>Suma total</b>	-		-			
<b>prueba</b>	.712(**)	-.787(**)	.477(**)	-.378(**)	-.264(**)	-.489(**)
<b>criterio</b>	)	)	)	)	)	)
<b>Factor 1</b>	-		-			
<b>Unión</b>	.673(**)	-.758(**)	.433(**)	-.359(**)	-.240(**)	-.466(**)
	)	)	)	)	)	)
<b>Factor 2</b>	-		-			
<b>Expresión</b>	.676(**)	-.738(**)	.466(**)	-.360(**)	-.254(**)	-.467(**)
	)	)	)	)	)	)

La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

De acuerdo a estos resultados; puede interpretarse que la correlación negativa entre ambas escalas indica que miden constructos semejantes pero en diferente dirección.

Asimismo la correlación entre el *involucramiento empático* de la prueba EPIAF y los factores *unión y apoyo y expresión afectiva* de la ERI, así como su sumatoria fue la más alta en relación con el resto de los factores quizá debido a que estas dimensiones miden un adecuado involucramiento afectivo. El resto de los factores de la EPIAF correlacionaron con los factores y sumatoria de la E.R.I de forma negativa. Lo que quiere decir que miden constructos similares en forma opuesta.

Por lo tanto la estructura de la EPIAF quedó conformada por cinco factores; que agrupan 54 reactivos; y cuyo coeficiente de alfa total es de .93.

### CONSIDERACIONES AL PROCEDIMIENTO PSICOMÉTRICO

La Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar es un instrumento de medición que cuenta con índices de validez y confiabilidad aceptables. Esta permite



determinar la funcionalidad o deficiencia de un individuo y del sistema familiar al que pertenece con base a la percepción de este último.

La escala representa un medio y una alternativa útil en la fase de evaluación familiar. Su uso puede extenderse a la etapa de tratamiento, donde puede emplearse como un recurso para identificar si las intervenciones empleadas con la familia o individuos produjeron cambios.

### **PRESENTACIÓN DE LA EPIAF**

La Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF) consta de:

- Manual
- Cuestionario
- Hoja de calificación

La escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar mide la presencia de diferentes tipos de involucramiento en el núcleo familiar. Esta escala consta de 54 reactivos, de los cuales 22 son reactivos positivos y 32 negativos distribuidos en cinco dimensiones.

#### **Involucramiento empático**

Los integrantes del grupo familiar manifiestan preocupación, comprensión y protección entre ellos.

#### **Desinterés**

Los integrantes del grupo familiar expresan ausencia de apego y disposición de la familia hacia alguno de sus integrantes.

#### **Exceso de control**

La conducta de los integrantes de la familia se maneja a través de normas y límites rígidos que no dan lugar a comportamientos alternativos.

#### **Egocéntrico**

En la familia la satisfacción de intereses particulares está por encima del grupo familiar.

#### **Falta de comunicación**

La expresión de sentimientos, pensamientos y conflictos entre los integrantes de la familia es escasa.

### **Aplicación**

La EPIAF puede aplicarse por cualquier profesional de Psicología y terapeutas familiares interesados en la medición del involucramiento afectivo familiar. Se administra a sujetos desde 15 a 22 años, de manera individual o colectiva.

**Paso 1.** Establezca rapport presentándose con el sujeto o sujetos, y trate de plantear la sesión de prueba como una empresa agradable, en la que no se demorarán demasiado y que podrán concientizar algunos aspectos de sí mismos y de sus relaciones familiares.

**Paso 2.** Asegúrese de que la prueba será aplicada en un espacio físico adecuado y en donde no haya interrupciones o distracciones.

**Paso 3.** Proporcione el cuestionario que incluye una ficha de identificación de datos generales, como edad, sexo, escolaridad, ocupación; y facilite lápiz o pluma o indique a los sujetos que deberán contestar el cuestionario con alguno de estos materiales (Ver anexo 1), posteriormente lea las instrucciones en voz alta y garantice la confidencialidad de las respuestas.

**Paso 4.** Pida a los sujetos que contesten la prueba de acuerdo a su situación familiar actual.

**Paso 5.** El aplicador deberá indicar a los participantes que en el caso de cualquier duda el podrá aclarárselas.

**Paso 6.** Una vez contestada la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar revise que todas las afirmaciones hayan sido contestadas; en caso contrario, indique al sujeto o sujetos que completen la escala. Una vez hecho esto se procede a su calificación, para la cual se utilizará el formato que se presenta en el anexo 2, en el que se deberá puntuar dependiendo de la respuesta del sujeto que haya respondido a la prueba.

**Nota:** El tiempo promedio de aplicación es de 20 a 45 minutos.

### **Calificación**

**Paso 1.** Utilice la hoja de calificación (anexo 2) para vaciar los puntajes obtenidos por cada reactivo. La hoja de calificación contiene cinco columnas que corresponden a cada una de

las dimensiones que contiene la escala, estas se encuentran divididas en dos apartados donde se señalan el número de reactivo y el espacio en donde se coloca el puntaje o calificación obtenida.

**Paso 2.** La puntuación de los reactivos de las dimensiones de *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación* se realiza asignando un número a cada una de las respuestas de los reactivos de cada factor con base a un rango de 1 a 4, en donde:

- 1 será asignado a la respuesta *Totalmente en desacuerdo*
- 2 será asignado a la respuesta *En desacuerdo*
- 3 será asignado a la respuesta *De acuerdo*
- 4 será asignado a la respuesta *Totalmente de acuerdo*

A continuación se ofrece un ejemplo para cada una de las dimensiones anteriormente nombradas.

En la dimensión de “Desinterés”, un sujeto contesta el reactivo 1 eligiendo como respuesta la opción de “Totalmente en desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi familia no sabe cómo voy en la escuela.	X			

En este caso la calificación asignada a este reactivo en la hoja de respuestas quedaría de la siguiente forma

Desinterés	
Reactivo	Puntaje
1	1

Suponga que el reactivo 24, *Sólo puedo salir a la calle con mis padres* -que pertenece a la dimensión de “Exceso de control”- es contestado de la siguiente manera:

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
24. Sólo puedo salir a la calle con mis padres.				X

En la hoja de calificación quedaría así:

<b>Exceso de control</b>	
Reactivo	Puntaje
24	4

Para ilustrar la dimensión de “Egocéntrico” considere el reactivo número 30 Necesito que en mi familia me reconozca mis habilidades constantemente, el cual se respondió con la opción “De acuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
30. Necesito que en mi familia me reconozca mis habilidades constantemente			X	

La calificación otorgada a este reactivo será.

<b>Egocéntrico</b>	
Reactivo	Puntaje
30	3

Finalmente para la dimensión “Falta de comunicación” tome de ejemplo el reactivo número 6. En mi casa cada quien se guarda sus problemas; haya sido contestado con la opción “En desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. En mi casa cada quien se guarda sus problemas.		X		

De acuerdo a lo anterior la respuesta a este reactivo se registra de esta forma:

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
 MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

<b>Falta de comunicación</b>	
Reactivo	Puntaje
6	2

**Paso 3.** En el caso de los reactivos del factor de *involucramiento empático* los valores de respuesta se invierten debido a que están en dirección opuesta a los demás factores, por lo que para cada opción son:

- 4 será asignado a la respuesta *Totalmente en desacuerdo*
- 3 será asignado a la respuesta *En desacuerdo*
- 2 será asignado a la respuesta *De acuerdo*
- 1 será asignado a la respuesta *Totalmente de acuerdo*

Por ejemplo, un sujeto contesta la afirmación 5. Mi familia respeta mi espacio personal, eligiendo la opción “En desacuerdo”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
5. Mi familia respeta mi espacio personal.		X		

En la hoja de respuesta quedaría así:

<b>Involucramiento empático</b>	
Reactivo	Puntaje
5	3

**Paso 4.** Anote en la hoja de calificación los puntajes obtenidos para cada reactivo.

**Paso 5.** Sume la calificación de los puntajes por cada factor para obtener el total.

**Paso 6.** Ubique en la tabla número 8 el rango de funcionalidad de acuerdo al total obtenido por cada factor.

**Tabla 7. Resultados de la categorización de las puntuaciones de cada factor de acuerdo a los criterios de normalidad establecidos: deficiente, moderado y adecuado.**

<b>Factor</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Moderado</b>	<b>Adecuado</b>
Factor 1. Involucramiento empático.	88-75	74-61	60-22
Factor 2. Desinterés	48-36	35-30	29-12
Factor 3. Exceso de control	32-21	20-17	16-8
Factor 4. Egocéntrico	28-21	20-18	17-7
Factor 5. Falta de comunicación	20-16	15-13	12-5

### **Interpretación de los resultados**

Para obtener las normas de calificación para cada uno de los factores se obtuvieron las medias y desviación estándar. Se tomó como criterio estadístico de normalidad: la media más una desviación estándar y más dos desviaciones estándar. Esto significa que una puntuación que caiga dentro de la primera desviación estándar representa el punto de corte, es decir el 15% de la muestra que se encuentra fuera de la normalidad. Una puntuación dentro de la media más dos desviaciones estándar es el punto de corte que equivale al 2% de la muestra fuera de la normalidad de acuerdo a esta investigación.

Puntajes entre 75 Y 88 en el factor 1 ***Involucramiento empático*** indican ***deficiencia*** o ausencia en la forma en que los integrantes de la familia expresan su preocupación, protección y comprensión entre ellos. Una puntuación de 74 a 61 en el mismo factor sugiere una presencia ***moderada*** en preocupación, protección y comprensión de los integrantes de su familia; y finalmente un puntaje de 60 a 22 señala que la percepción que tiene el sujeto de las acciones de protección, comprensión y preocupación de su familia es ***adecuada***.

En cuanto al factor 2, ***Desinterés***, una puntuación de 48 a 36, indica un involucramiento afectivo ***deficiente***, es decir, el sujeto percibe que el apego e interés entre él y su familia es bajo o inexistente; de 35 a 30 indicaría una presencia ***moderada*** de apego e interés

entre los integrantes de la familia. Y una calificación de 29 a 12 expresa un **adecuado** apego e interés entre los integrantes de la familia.

La puntuación entre 32 a 21, en el factor 3 **Exceso de control**, señala un **deficiente** manejo de los límites y presencia de normas rígidas que no permiten conductas alternativas entre los integrantes de la familia; de 20 a 17 indica una presencia **moderada** de límites y normas rígidos, que aún pueden obstaculizar el proceso de individuación y separación entre los integrantes de la familia. Una calificación de 16 a 8 sugiere un involucramiento afectivo **adecuado**, donde las normas y límites en el sistema familiar son flexibles y permeables, dichas condiciones brindan libertad de decisión y actuación entre los integrantes de la familia.

Una puntuación de 28 a 21, en el factor 4 **Egocéntrico** se considera **deficiente** debido a que el sujeto solo toma en cuenta sus propios intereses sin tomar en cuenta los de los demás. Una puntuación entre 20 y 18 sugiere una presencia **moderada** en este tipo de conductas, lo que sugiere que el sujeto ocasionalmente mantiene una relación desligada con los demás integrantes de su familia. Finalmente puntajes de 17 a 7 indica la ausencia de este tipo de involucramiento. Por lo que puede interpretarse que la relación de proximidad que mantiene el sujeto con su familia, está orientada bajo propósitos más funcionales o **adecuados**; como puede ser de unión y apoyo entre los diferentes integrantes de la familia.

Para concluir el factor 5 **Falta de comunicación**, una puntuación entre 20 a 16 sugiere una **deficiente** expresión de sentimientos, pensamientos y conflictos en la familia; de 15 a 13 indica una comunicación que puede ser en ocasiones confusa e indirecta y cuya presencia puede ser **moderada**. Finalmente puntajes entre 12 a 5 señala que la comunicación entre los integrantes de la familia es **adecuada**. Con base a ello se puede suponer que las ideas y sentimientos de los integrantes del sistema se expresan de forma clara y directa.

### Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF)

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

1. Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.
2. A continuación presentamos una serie de afirmaciones, los cuales le pedimos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.
3. Todas las afirmaciones se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).
4. Le agradecemos de antemano su cooperación.
5. Por favor, no deje espacios sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el espacio que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	------------	-----------------------

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi familia no sabe cómo voy en la escuela				
2. Mi familia sólo me pone atención cuando tengo éxito en alguna actividad que les interesa				
3. Cuando estoy enfermo (a) mi familia no se preocupa por mí				
4. Sólo obtengo el interés de mi familia cuando es algo que les interesa				
5. Mi familia respeta mi espacio personal				
6. En mi casa cada quien se guarda sus problemas.				
7. Con mi familia la convivencia sólo es posible si realizamos actividades que a ellos les gustan.				



REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. En mi familia no hablamos de nuestros sentimientos.				
9. A mi familia no le interesa cómo me siento				
10. En mi familia nos apoyamos cuando tenemos problemas				
11. Mi familia no me toma en cuenta en las decisiones importantes.				
12. Mi familia sabe que áreas de interés tengo.				
13. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas				
14. En mi familia ocultamos lo que nos pasa				
15. Cuando intento comunicarme con mi familia siento que no me escuchan				
16. Somos una familia cariñosa				
17. En mi familia cada quien resuelve sus problemas por su cuenta				
18. En mi familia hablamos con franqueza				
19. Siento que en mi casa no me entienden				
20. Me siento apoyado (a) por mi familia				
21. Mis papás no conocen mis gustos				
22. Mis papás intentan ayudarme a resolver mis problemas porque les importa que yo esté bien				
23. Si me ausento de mi casa, le informo a mi familia				
24. Sólo puedo salir a la calle con mis padres				
25. Mis papás no me preguntan acerca de cómo me fue en el día				
26. Me siento querido (a) por mi familia				
27. En las reuniones familiares me molesto si no soy el centro de atención.				
28. Las normas familiares están bien definidas				
29. Mis padres deciden que comida debo pedir en el restaurante				
30. Necesito que en mi familia me reconozcan mis habilidades constantemente.				
31. En mi casa sabemos llevarnos bien				
32. Me gusta convivir con mi familia				
33. Cuando mi familia no está de acuerdo conmigo los rechazo				

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

MAESTRIA CON RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
34. Mi familia no me deja salir a hacer trabajos de la escuela				
35. Cuando me enojo con alguien de mi familia, sólo me puedo reconciliar si ellos me piden perdón.				
36. Cuando alguien cumple años en mi casa lo celebramos				
37. Cuando les platico algo importante para mí, parece que no me están escuchando				
38. En mi casa no tenemos privacidad				
39. Me gusta que mi familia me complazca en todo lo que le pido.				
40. En mi familia cuando ocurre algún problema somos unidos.				
41. Mis padres escogen a mi pareja				
42. Solo hablo con mi familia si abordan un tema que sea de mi interés.				
43. Cuando alguien de mi familia está molesto, lo entiendo.				
44. Mi familia no me deja tener pareja				
45. Cuando estamos juntos el ambiente no es de calidez humana				
46. Cuando me equivoco con alguien de mi familia, pido disculpas.				
47. En mi casa todos recibimos el mismo trato.				
48. Mis padres eligen la ropa que me pongo				
49. Prefiero convivir con otras personas que con mi familia				
50. Me gusta que me den la razón en todo lo que digo.				
51. Cuando alguien de mi familia me da algún consejo lo tomo en cuenta.				
52. En mi familia me gusta ser el (la) primero (a) en todo.				
53. En mi familia escuchamos el punto de vista de los demás				
54. Mi familia se molesta si me relaciono con otras personas que no sean ellos				

## REFERENCIAS

- Baeza, S. (2000). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Año I, 3. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-3-06.htm>.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Epstein N, Bishop D. y Baldwin L. (1983) MCMMASTER Model of Family Functioning: A view of Normal Family. En Walsh. *Conceptualizations of Normal Family Functioning: A view of the normal Family*. Nueva York: Family Process, Gardner Press.
- Florenzano, R., Sotomayor, C. y Otava, P. (2001). Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. *Revista chilena pediatría* [online]., **72**, 219-233. Recuperado el 17 noviembre 2010, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062001000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062001000300006&lng=es&nrm=iso)
- Gubbins, V., Venegas, C. y Romero, S. (1999). Promoción de la salud y el rol de la familia. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de [http://www.cide.cl/familia/promocion\\_salud\\_cide\\_gubbins\\_romero\\_venegas\\_do](http://www.cide.cl/familia/promocion_salud_cide_gubbins_romero_venegas_do)
- Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estudios pedagógicos*. [online].**29**,115-126. Recuperado el 17 noviembre 2010, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071807052003000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071807052003000100008&lng=es&nrm=iso)
- Large, T. (1989). Some aspects of loneliness in families. *Family Process*, **28**, 25-36.
- Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana Salud Pública*. **31**, 10-15.
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba.

- Musitu, G., Román, J. y Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Universitaria.
- Pinto, F., Segovia, J., Zegarra, V., Martínez, M., Ortiz, M., Camacho, O. e Isidoro, J. (2002). Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Recuperado el 19 de noviembre de 2010, de [http://www.unfv.edu.pe/publicaciones\\_unfv/w%C3%B1ay\\_7/pdf/FLORITA%20PINTO,%20PSICOLOGIA.pdf](http://www.unfv.edu.pe/publicaciones_unfv/w%C3%B1ay_7/pdf/FLORITA%20PINTO,%20PSICOLOGIA.pdf).
- Rivera, M. y Andrade, P. (2010). *Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)*. **Uaricha** Revista de Psicología, 14, 12-29.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., y Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* 2004, 16, nº 2, 203-210 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
- Rodríguez, M. (1999). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Perspectivas sistémicas* (Artículos on line). Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de <http://www.redsistemica.com.ar/multi.htm>
- Velasco, M. y Luna, M. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax-México.
- Weinreich, M. e Hidalgo, C. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhé*. [online], 13, 33-42. Recuperado el 17 de noviembre de 2010 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071822282004000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282004000100003&lng=es&nrm=iso)
- Westhey, W.A. y N.B. (1969). *The silent majority*. San Francisco: Jossey-Bass.

### **2.3 Reporte de investigación con metodología cualitativa.**

El proyecto titulado *“el papel de la familia en la reinserción social de delincuentes”* que elabore junto con Óscar Arvizu López durante la formación, tuvo como objetivo realizar un acercamiento al tema de la Reinserción Social de personas que habían cometido algún delito federal, desde un enfoque cualitativo. En este sentido buscábamos conocer cuál era la visión que las personas tenían acerca de los elementos familiares que les habían favorecido una adecuada Reinserción Social. Nuestra investigación se sitúa más allá de los datos estadísticos, dándoles voces a los protagonistas de estas situaciones y exponiendo sus valoraciones. El resumen de esta investigación se presenta a continuación.

#### **El papel de la familia en la reinserción social de delincuentes**

##### **I) ¿Por qué y para qué esta investigación?**

En México los delitos cometidos por adultos, plantean una problemática importante de abordar. En el contexto internacional, de acuerdo con la encuesta Global Opinion trends 2002-2007, realizada en 47 países, México ocupa el lugar 17 entre los países donde la delincuencia es considerada como problema muy grave (The Pew Global Attitude Project, 2007).

El Programa Nacional de Seguridad Pública 2008-2012 (PNSP) elaborado por el gobierno federal forma parte de una estrategia global de impulso al desarrollo del país y para poner en marcha un sistema integral que vincula el Plan Nacional de Desarrollo y los programas que emanan de él, para garantizar la seguridad y tranquilidad de las familias mexicanas. Este programa concibe en materia penitenciaria importantes ventanas de oportunidad, en donde es necesario articular los programas y mecanismos de reclusión y de reinserción de los internos sentenciados en los tres ámbitos de gobierno, así como recuperar el sentido original de los centros penitenciarios, como espacios donde se promueva la reincorporación de los sentenciados a la sociedad.

La prisión debe concebirse como un mecanismo para reintegrar a la sociedad a quien ha transgredido las normas de convivencia social. Por ello este PNSP promueve que se apliquen programas educativos y de capacitación para el trabajo de los internos, y que se realicen actividades de esparcimiento, deportivas e incluso culturales, que permiten el restablecimiento de los vínculos familiares y la readquisición de valores.

El primer reto con el que se encuentra una persona al salir de prisión es luchar contra los efectos de la prisionización, entendida como los efectos iatrogénicos y perniciosos que provoca la estancia en prisión y que son más intensos en función de muy diversos factores, como por ejemplo, el tiempo de estancia en prisión, el régimen de vida al que haya estado sometido, la edad de la persona encarcelada, la existencia de apoyos personales y/o familiares fuera de la prisión, la madurez psíquica de la persona así como su capacidad económica, etcétera.

La cárcel ha supuesto un proceso de desidentificación personal y de reidentificación con valores y hábitos propios de la subcultura carcelaria que impone condiciones de vida anormalizadoras, característicos de una institución segregativa de exclusión social (Goffman, 1984).

Machiori (1982) plantea que la familia presenta características propias, con su propia historia con un proceso histórico particular y que se ubica en un contexto socio-económico y cultural, que contribuye fundamentalmente a la naturaleza de la conducta delictiva realizada por un miembro del grupo familiar. De ahí la importancia del estudio de la familia del delincuente para su comprensión y posible tratamiento.

Derivado de lo anterior, el interés de esta investigación es realizar un acercamiento a la realidad de la persona que estuvo privada de su libertad por delito federal y el papel que juega la familia en su proceso de reinserción social, las investigaciones del tema orientan por lo regular hacia los factores precipitantes de la conducta delictiva y pocos son los estudios que pueden orientar hacia los factores familiares que previenen la reincidencia y la reinserción social exitosa en este tipo de población. En este sentido las razones para realizar esta investigación pueden ser los siguientes, primero, la carencia de investigaciones para comprender este fenómeno en México y segundo, entender cuáles son los factores familiares que pueden permitir la reinserción social de las personas que perdieron su libertad por delito federal. Los resultados de esta investigación podrán orientar los programas de reinserción social que pretende la estrategia-penitenciaria 2008-2012 del gobierno federal en el área de reinserción social y en específico con la familia del liberado o preliberado, y las posibles estrategias de intervención con la familia de la persona que estuvo privada de la libertad para favorecer su reinserción social.

### **Teoría e ideas que pueden explicar el problema planteado**

El proceso de reinserción social constituye un marco en el cual las personas deben seguir creciendo y madurando en condiciones de menor protección, mayor libertad y contacto con la sociedad. Se busca que se genere autonomía personal e integración social, también

supone un estilo de vida autónomo en los diferentes ámbitos (personal, familiar, escolar, comunitario, laboral), es decir un proceso global, dinámico, no finalista y en el que aparecen problemas y crisis, pero también logros y satisfacciones (Proyecto Hombre, 04). En este sentido en el proceso de reinserción social de los liberados y preliberados por delito federal y de sus familias no solo se tiene que contemplar la adquisición de aprendizajes en el tratamiento, sino principalmente la adquisición de habilidades y competencias, así como la puesta en práctica dentro de un proyecto de vida en los ámbitos de la cotidianidad.

De acuerdo a Manzano (1991) las necesidades de primer orden para hacer efectivo el proceso de reinserción social, son fundamentalmente tres: Primero, la reintegración laboral es la necesidad más importante, vinculada a la posibilidad de desarrollar un trabajo estable, y de reunir previamente para ello las condiciones necesarias para hacerlo posible: disposición y expectativas de trabajar, entrenamiento y experiencia laboral, calificación técnica y formación académica o profesional. El hecho de que esta población se vea afectada por la falta de acceso al mercado de trabajo, y este sea un problema fundamental tanto antes de ingresar como cuando salen de prisión, tiene su explicación en las propias funciones sociales del sistema punitivo penitenciario que se aplica —y trata de ser un mecanismo de inculcación de la disciplina social— a aquellos sectores sociales que no son disciplinados por otras vías como la fábrica, la escuela o la familia (Melossi y Pavarini, 1987).

Segundo, la recomposición familiar, manifestada como necesidad de apoyo familiar. Las propias familias consideran necesario el apoyo familiar, bien por ser inexistente, habiéndose deteriorado las relaciones en el hogar, bien por considerar necesario un reforzamiento de los lazos dado que éstos se han debilitado durante el tiempo en que ha permanecido un familiar recluido.

Tercero, el tratamiento socio-sanitario, relacionado con la necesidad de dejar las drogas. Supone una especial preocupación por la realidad específica de drogodependencias que afecta aproximadamente a las dos terceras partes de personas sobre las que recae la sanción privativa de libertad.

El proceso de reintegración social va a depender directamente del grado y formas de desarraigo social que se presenten en la vida del individuo. Ya hemos definido y caracterizado éstas en el apartado anterior, pero aún nos resta precisar la medida y evolución de éstas dificultades, consideradas hasta el momento de forma aislada. Se presentan en los mismos individuos y familias, y por tanto son además dificultades acumuladas.

Lógicamente, a medida que un sujeto esté afectado por una sola de estas necesidades (trabajo, dejar las drogas...) su proceso de reintegración será más fácil y su nivel de desarraigo menor. Por el contrario, una persona que presenta todas las necesidades y por tanto problemáticas apuntadas, presentará un alto grado de desarraigo social; su proceso de reintegración será mucho más difícil, puesto que tanto su situación actual como las condiciones objetivas necesarias para la normalización de su vida social, son muy desfavorables.

De acuerdo a este autor se pueden distinguir tres grados de acumulación de necesidades que inciden en la posibilidad o no de reintegración al salir de prisión:

### **1. Sin dificultades exógenas para la reintegración**

Son aquellas familias que a la salida de prisión de su componente excarcelado se encuentran en condiciones objetivas óptimas para su reintegración: sin problema de drogodependencia, sin conflictos graves en el hogar, con un relativo equilibrio afectivo con el excarcelado, etc. Estas familias representan aproximadamente el 2,5 % del total de la muestra estudiada por Manzano. Son por tanto tan sólo una de cada cuarenta las personas que no tienen estos problemas de reintegración social a la salida. Estas personas únicamente tendrán que afrontar los problemas derivados de los efectos nocivos de la estancia en prisión (imagen social, choque psicológico que produce la salida, readaptación ambiental del familiar liberado...)

### **2. Condiciones favorables para la reintegración**

Son aquellas personas que a la salida de la prisión únicamente están afectadas por una de las distintas situaciones problemáticas arriba consideradas; consecuentemente esto significa que las posibilidades para neutralizar y atender esa necesidad específica sean mucho mayores. En esta situación se encuentra entre un 5% y un 10% del total de personas excarceladas y, por tanto, es una situación que afecta a una de cada veinte familias.

### **3. Condiciones desfavorables para la reintegración**

Se ha tipificado en este apartado a aquellas familias del excarcelado donde se presentan de forma acumulada tres situaciones problemáticas. En este sentido, suele ser frecuente que existan conjuntamente problemas de reintegración laboral, recomposición familiar o tratamiento socio-sanitario. A este grupo pertenecen entre el 20 % y el 25 % de las familias, es decir, una de cada cinco personas al salir de prisión.



#### **4. Condiciones muy desfavorables para la reintegración**

Cuando presentan al salir de prisión un alto grado de acumulación de necesidades; este grupo se ve afectado por cuatro o más problemas. Este es un sector con condiciones objetivas de alto riesgo de reincidencia dada la presencia de una gran multiplicidad de factores de desarraigo. En la muestra estudiada por el autor representan alrededor del 70 % de la población y son por tanto dos de cada tres personas que salen de prisión. Las situaciones más frecuentes son las dificultades de trabajo, de apoyo familiar, drogodependencias y los problemas afectivos o de relaciones primarias.

En un estudio hecho en México con menores infractores (2007) se encontró en la familia de los beneficiarios que el evento infractor genera un movimiento en la familia, que va desde lo fisiológico, emocional, hasta lo económico y de relaciones sociales.

Con respecto al proceso de reinserción familiar se observaron cambios con diferencias importantes en la comunicación, disminución en el uso de la violencia y en la resolución de conflictos derivado de la apropiación y/o fortalecimiento de los roles dentro de la familia. Se definieron tareas y responsabilidades, lo que facilitó el establecimiento de límites entre los subsistemas familiares, con las bases que la comunicación, la escucha y tolerancia proporcionó frente a las problemática cotidianas. En resumen en este estudio se observaron incremento en los factores de protección a nivel familiar en cuanto a los cambios en la comunicación, el apoyo mutuo, la responsabilización, la definición de roles, la disminución de conflictos que favorecen una dinámica familiar mayormente satisfactoria para los integrantes. Se observó también que la carencia de la contención familiar es un pivote determinante que dificulta el proceso de reintegración social y favorece la reincidencia en conductas delictivas (Fernández, Guzmán, & Rosales, 2007).

#### **Programas de reinserción en diferentes países**

Los programas de rehabilitación tienen como finalidad que los reclusos no vuelvan a delinquir y sean capaces de reinsertarse en la sociedad al momento de ser liberados. Estos programas, cuando han sido debidamente diseñados e implementados, pueden proveer estabilidad y orden al interior de las cárceles, disminuir el ocio de los internos y el estrés asociado a vivir encarcelados, mejorar la vida de los ex reclusos y sus familias y ayudarlos a reinsertarse en la sociedad para finalmente, reducir las conductas delictivas de estos. (Mears et al., 2002).

En la medición de efectividad de los programas de rehabilitación -en términos de la

reducción de la reincidencia- se han identificado ciertas dificultades metodológicas, como por ejemplo, que la reincidencia se puede medir de distintas formas y, que pueden existir características personales de los individuos que distorsionen los resultados de un determinado programa. Debido a lo anterior, desde mediados de los años 70, se ha venido desarrollando una discusión en torno a la efectividad de los programas de rehabilitación.

En 1974 en Estados Unidos, Martinson estudió los programas de rehabilitación realizados en las cárceles, generando un debate en todo el mundo en torno a si éstos eran efectivos en reducir la reincidencia, concluyendo que los esfuerzos de rehabilitación no tenían un efecto significativo en la disminución de ésta. Años más tarde, otros investigadores (Gottfredson, 1979; Logan y Gaes, 1993), concluyeron lo mismo, logrando que la idea de los programas de rehabilitación para reclusos se transformara en una doctrina comúnmente llamada en la literatura como “Nothing Works”.

Como contrapartida, los autores Palmer (1975), Cullen y Gilbert (1982), Gendreau y Ross (1987), entre otros, refutaron la idea propuesta por Martinson, encontrando una sólida evidencia de que algunos programas de rehabilitación sí funcionan, generando una corriente de pensamiento conocida como “What Works”. Más recientemente, el Instituto Australiano de Criminología y el Congreso de Estados Unidos han afirmado que la rehabilitación logra reducir la conducta delictual en algunos reclusos, con lo cual la clave no está en descubrir si algún programa funciona o no, sino en cómo y para quién funciona. En este contexto, se ha postulado que los programas de rehabilitación efectivos son aquellos que logran conjugar cada programa con las necesidades, circunstancias y estilos de aprendizaje de los individuos.

En relación con las características de los programas de rehabilitación y reinserción que corresponden a Estados Unidos, Inglaterra y Australia, es posible establecer:

- Que los programas laborales incorporan trabajos agrícolas y servicios de mantención del establecimiento penitenciario (servicios de aseo, comida y lavandería). Adicionalmente, se han desarrollado las llamadas prisiones industriales, en las cuales privados arriendan instalaciones al interior de las cárceles para que los reclusos trabajen en la manufactura de productos.
- Que la cobertura en materia de educación al interior de las cárceles incluye programas de educación básica y secundaria, así como programas de aprendizaje vocacional, los que enseñan a reclusos conocimientos laborales y habilidades para que puedan acceder a trabajos legales una vez liberados.

- Que los programas dirigidos a la población especial, específicamente a los drogadictos y alcohólicos, se han desarrollado en dos modalidades diferentes: como programas residenciales, en los cuales los internos tratados viven en unidades aisladas del resto de la población reclusa y, no residencial. También en estos países existen las llamadas comunidades terapéuticas, que proveen a los individuos de la fuerza y los incentivos necesarios para cambiar sus actitudes y conductas. Los programas residenciales desarrollados utilizan modalidades que incluyen asistencia psicológica individual, grupos de lecturas y actividades recreacionales. Finalmente, es posible mencionar la existencia de estrategias para reducir el nivel de consumo de drogas en las cárceles. Algunas de ellas son: realización de test de drogas, mejoramiento de la seguridad en el perímetro del recinto y, mayor vigilancia cuando se realizan las visitas al interior de los establecimientos.

- Que los programas psicológicos adoptan esquemas de tratamiento diferenciados, esto es, tanto individuales como grupales. Un ejemplo de programas individuales son los cognitivos conductuales, basados en la visión de que las cogniciones (qué y cómo pensamos) son aprendidas y afectan las elecciones de conductas. Con respecto a los programas grupales, existen las terapias familiares y las comunidades terapéuticas, entre otras.

- Que los programas de reinserción son claves en los procesos de disminución de reincidencia. La rehabilitación de las personas que han estado privadas de libertad no puede terminar con los programas intrapenitenciarios, sino que debe continuar luego de que el individuo es puesto en libertad. Para esto, resulta indispensable generar nexos con organismos del medio libre que apoyen y orienten a los ex reclusos en la búsqueda de oportunidades de trabajo, de vivienda, y en la continuación de los estudios, entre otros. Estas razones han motivado la puesta en marcha de una serie de iniciativas similares en los países analizados.

Finalmente, existe consenso en los tres países analizados que para poder implementar con éxito los programas de rehabilitación mencionados anteriormente, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que exista una oferta programática integral.
- Que los programas estén dirigidos a las necesidades específicas de cada individuo.
- Que exista un buen sistema de clasificación de los internos.

- Que los programas estén diseñados en forma rigurosa y sean evaluados en forma periódica.
- Que el personal que entregue los programas esté debidamente capacitado.
- Que exista continuidad en la entrega de programas.

De acuerdo a Cereceda (2004) el proceso de reinserción social pasa por tres fases principales:

### **1. El primer mes de salida.**

- Después de la emoción y ansiedad inicial de haber obtenido la libertad se genera en la persona confusión y temor en cuanto a cómo reconstruir las relaciones familiares y sociales en el nuevo contexto. La persona vuelve a una familia que está organizada y funciona prescindiendo del interno, por lo que éste se percibe sin un lugar en el contexto familiar y sin un rol claro en relación a su familia, lo cual genera un sentimiento de frustración, temor y desconfianza en sí mismo.

- A lo anterior se suma la falta de actividad y de dinero que experimenta el ex interno. Esta situación genera frustración por no cumplir con su rol de proveedor de la familia, a lo que se suma el sentir que no cuentan con dinero para desarrollar su vida y satisfacer sus necesidades básicas. En esta fase inicial de reinserción es fundamental que instituciones o personas que apoyen al interno que ha salido de la cárcel y su familia.

Se requiere un trabajo con la familia de modo que ésta puede asumir una actitud positiva e integradora, y para que pueda entender el proceso que están viviendo como grupo y sepan cómo enfrentar en conjunto y en forma adecuada esta situación que es bastante crítica.

### **2. El segundo mes de salida: fase crítica.**

- Alrededor del segundo mes se produce lo que los ex internos califican de la “gran crisis”. Es en este momento cuando las cosas se ponen más difíciles. La persona en libertad siente que la familia lo sobreprotege, que los “aplastan con sus cuidados” y que por ende no los “dejan ser”. Al mismo tiempo es la fase en que surgen dudas se realmente queda algún

amigo y se comienza a cuestionar si de verdad uno puede o quiere hacer una nueva vida.

La falta de oportunidades de la sociedad para que la persona pueda configurar un espacio de encuentro con otros, especialmente por la falta de trabajo., instancia central de integración en el mundo masculino, genera en los individuos sentimientos de marginalidad y desconfianza en sí mismos y un cuestionamiento acerca de lo que se puede esperar en el futuro. Claramente el apoyo en esta fase crítica es central para asegurar la rehabilitación.

### **3. El tercer mes: inicio de estabilidad.**

- Recién la persona percibe la posibilidad de “sacarse la cárcel de encima”. En ésta fase la persona siente la necesidad de trabajar. De asumir un rol en la vida, de independencia y de ser parte de su familia. Es en esta fase que las personas con el apoyo de otros, inician un proceso de construcción de las confianzas básicas, prerequisite para recuperar la autoestima, la identidad social y lograr una reinserción social efectiva.

En estas tres fases el riesgo de la reincidencia es muy alta, y superarlos requiere del apoyo de organismos que puedan acompañar y orientar al interno y su familiar en estas distintas fases.

Es importante destacar que la reinserción efectiva pasa por la integración del individuo al trabajo. Una política efectiva de rehabilitación requiere asegurar trabajo a las personas que salen de la cárcel, ya sea a través de los programas de creación de microempresas o que las mismas empresas que trabajan con internos al interior del penal, reciban apoyo del Estado para crear empresas externas al penal en las que trabajen los internos que obtienen la libertad. Habría que realizar un estudio acerca de los costos y beneficios que puede tener una política integral de apoyo a las personas que obtiene su libertad que incluya ésta último aspecto.

De los estudios existentes es posible concluir que el apoyo al recluso en la fase previa a la obtención de la libertad, así como el apoyo a la familia en los primeros tres meses de libertad aparece como central para asegurar una reinserción social efectiva de los internos (Cereceda, 2004).

### **Metodología**

El abordaje metodológico utilizado en esta investigación es el propuesto por la hermenéutica, que al ser un enfoque fenomenológico, busca esclarecer el significado de la experiencia humana (Palmer, 2002). Se realizaron entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1986) y su análisis, tratando de estar abiertos a la información que los entrevistados nos proporcionaron. Se realizó una selección deliberada de los informantes (Rodríguez, Gil y García, 1999).

### **Contexto institucional**

Se entrevistó a tres personas de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo (DRSE) perteneciente a la Secretaría de Seguridad Pública Federal, que proporciona asistencia post-liberacional a los sentenciados en libertad<sup>1</sup> del fuero federal que han obtenido su libertad por cualquiera de las modalidades que marca la Ley. Todo ello con la finalidad de contribuir en su proceso de reinserción social en su última etapa.

La DRSE se encuentra conformada por un equipo interdisciplinario (trabajadores sociales, psicólogos y abogados) donde los profesionales de la materia realizan los procedimientos necesarios a fin de proporcionar servicios asistenciales personalizados, tales como:

- Atención psicológica en modalidad individual, pareja o familiar
- Asesoría jurídica
- Talleres psico-educativos
- Atención en trabajo social (seguimiento de casos)
- Derivación a espacios de trabajo, capacitación para el mismo y a instituciones del sector salud

---

<sup>1</sup> Sentenciado en libertad son los preliberados y liberados del fuero federal que adquieren un beneficio de libertad anticipada o por un sustitutivo de la pena.

### Contexto del sentenciado en libertad

Pedro<sup>2</sup> obtuvo un beneficio de libertad por el delito contra la salud (posesión de cocaína con fines de venta), permaneció en reclusión aproximadamente 2 años. Pedro desde que salió del reclusorio (1 año y medio) se dedica a trabajar como supervisor de obra de construcción y los fines de semana como taxista. Acudió a la DRSE para solicitar tratamiento psicológico para él y su esposa Ana por los conflictos que tenían en su relación de pareja, la derivación a un empleo y capacitación para su esposa. Se le brindó el tratamiento psicológico en la modalidad de terapia de pareja mejorando su relación y evitaron la ruptura de la relación. A su esposa se le derivó a un empleo, sin embargo sólo permaneció en él 2 meses por un conflicto que tuvo con un superior jerárquico, después se le derivó a un curso de capacitación para el trabajo que actualmente está cursando. En la tabla 1 se presenta una descripción general que corresponde a cada uno de los participantes.

**Tabla 1. Descripción general de participantes**

Nombre: Pedro Edad: 31 Años Hijos: 1 masculino de 9 años Ciudad de residencia: México, D.F. Ultimo grado escolar cursado: Secundaria incompleta Oficio: Mecánico automotriz Ocupación: Supervisor de obra Estuvo Detenido Anteriormente: Primodelincuente Delito por el que estuvo en reclusión: Contra la salud (posesión de droga con fines de comercio) Tiempo que estuvo recluso: 2 años Beneficio de libertad: Jornada de trabajo Motivo que lo llevó a cometer el delito: Negó la realización del delito
Nombre: Ana Edad: 31 Años Parentesco: Esposa Escolaridad: Secundaria Ciudad de residencia: México, D.F. Oficio: Desempleada

<sup>2</sup> Los nombres son ficticios para conservar el anonimato de los entrevistados.

Estuvo Detenido Anteriormente: No

Nombre: Leticia

Edad: 45

Profesión: Lic. en Psicología

Puesto: Psicóloga adscrita a la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo (DRSE) de la Secretaría de Seguridad Pública Federal.

Antigüedad en el puesto: 3 años

El espacio familiar es medular en el desarrollo de la persona. Es en este espacio donde el individuo inicialmente va construyendo su ser como miembro de una sociedad. La familia se constituye en el medio por el cual la persona a través de la unión, busca la satisfacción de sus necesidades psicológicas, físicas, sociales y afectivas; así como la adquisición de habilidades sociales que le permitan la convivencia como miembro de determinada sociedad.

La persona privada de su libertad ha tenido que experimentar cambios respecto a su familia, principalmente en cuanto a la dinámica de sus interrelaciones y vínculos, esto debido, especialmente, a su permanencia en centros de reclusión para el cumplimiento de su sanción respectiva. Esto genera una disminución de la convivencia con los miembros de su familia, por lo cual se ven modificados ciertos roles, tareas, normas, actividades, actitudes y formas de comunicación, entre otros, como parte de las estrategias implementadas por parte del grupo familiar para poder afrontar dicha situación.

A continuación se realiza un esfuerzo por describir y explicar las repercusiones que la desinstitucionalización ha tenido en el espacio familiar. Se exploran ciertos elementos que permiten explicar cuáles son los factores a nivel familiar que favorecen la reinserción social y a su vez, cómo la institucionalización influye en la familia según los mismos sujetos de estudio.

### **Integración teórica y entrevistas**

De acuerdo a Manzano (1991) las necesidades de primer orden para hacer efectivo el proceso de reinserción social, son fundamentalmente tres: Primero, la reintegración laboral es la necesidad más importante, vinculada a la posibilidad de desarrollar un trabajo estable, y de reunir previamente para ello las condiciones necesarias para hacerlo



posible: disposición y expectativas de trabajar, entrenamiento y experiencia laboral, calificación técnica y formación académica o profesional.

La importancia del tratamiento penitenciario, estriba precisamente en el conjunto de actividades que realiza el interno en el centro de reclusión, entre las cuales se encuentra, terapia ocupacional, consistente en asignar una labor a cada uno de los reclusos, así como las actividades culturales, religiosas, deportivas, etc.; asimismo una terapia de reintegración social, entre las cuales se encuentran la visita familiar y la visita conyugal; aunque en el establecimiento penitenciario se realizan algunas otras actividades psicológicas tendientes a lograr la reinserción del interno a la sociedad (Buendía, 2009).

*“...nos dan sensibilización en materia laboral, por decirlo, conocemos la evidencia, conocernos a nosotros mismos, algo así...” (Pedro)*

*“...los beneficios eran de que, supuestamente si nosotros tomábamos, si llegábamos a tomarlos todos, que eran alrededor de unos, eran como 19 cursos, lo que teníamos que es tomarlos por partes, tenerlos, haga de cuenta que en un mes se terminaban, y otra vez, entonces, volverlos a meter, nos daban un beneficio, se llamaba anticipado, nos daban por comportamiento, teníamos que tener también, nosotros hacíamos labores allá dentro, nos comisionaban, para tirar basura, para limpieza del auditorio. Entonces teníamos que tener los cursos, tenemos que estar haciendo nuestros, haga de cuenta, la palabra se me olvido perdón, nos teníamos que comisionar, teníamos que tener secundaria o lo que nos hiciera falta, el tipo de estudio que nos hiciera falta, y llevar nosotros un vida tranquila dentro de lo que se puede en el reclusorio, sin tener problemas, por qué había un consejo, se llamaba consejo técnico interdisciplinario, ese consta, que al igual que personas que se portan mal, entre todos tenemos que cooperar, la directora, la subdirectora, el doctor, y aparte los técnicos penitenciarios que en el turno había, ellos eran los que ponían castigos o no los quitaban...”(Pedro)*

En México parte de la reinserción social son los programas en materia laboral, conductual y en habilidades sociales que el interno desarrolla mientras se encuentra privado de su libertad. En este caso, dichos programas se enfocan en particular al interno, dejando a un lado o sin considerar la importancia que tienen la familia en la reinserción social. Lo que sugiere que de existir un programa de tratamiento, este carece de un marco ecológico, que incluya al individuo, a la familia y a la comunidad como lo propone REINTEGRA<sup>3</sup> para el tratamiento de menores infractores.

---

<sup>3</sup> Fundación Mexicana de Reintegración Social dedicada a trabajar con adolescentes acusados de cometer una infracción

Los programas que se efectúen en esta materia deberán proponer, entregar apoyo psicosocial al interno/a y su familia, minimizar los efectos de la reclusión; fortalecer la vinculación interno/a- familia, como elemento de apoyo y facilitador de la integración sociofamiliar; y, finalmente, detectar situaciones que originen desvinculación familiar e impidan que se concrete el apoyo familiar hacia el privado de libertad.

*“...si afectó el hecho, a mi hijo lo dejé de ver mucho tiempo y sólo lo llevaron en los últimos tres meses. A mi esposa la veía en las visitas. A mi hijo lo tuve que volver a empezar a conocer qué le gusta y qué no le gusta...” (Pedro)*

*“...a mi hijo no lo metí hasta el año 6 meses, más o menos...” (Pedro)*

La ausencia de programas donde se incluya a la familia en el proceso de reinserción social, dificulta la incorporación del beneficiario a su contexto relacional al salir de prisión. Para evitar estos obstáculos los programas deben de incluir la participación de la familia, con el objetivo de que los vínculos afectivos, comunicación y roles que desempeña el interno se conserven y permitan una fácil incorporación al sistema familiar al que pertenece. Es importante señalar que la configuración y organización familiar cambia y se modifica durante el tiempo en el que beneficiario se encuentra privado de su libertad, así como cuando sale.

Un plan de trabajo y que incorpora entre otras cosas a los miembros de la familia o adulto significativo, que serán parte o que apoyarán el proceso de éste mientras dure la condena. El sistema significativo incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en aliviar el problema cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987).

*“...o lo que es mi familia, mi papá, mi mamá, mis hermanas, mi esposa e hijo...” (Pedro)*

Al emplear el término de familia dentro de la reinserción social debemos atender más a las personas que resultan significativas para el beneficiario, en lugar de tomar la noción conceptual que tiene la institución o los programas de reinserción social.

Se espera que el diseño de cada plan de intervención se considere un trabajo con la familia en dos sentidos: vínculo afectivo y apoyo a la reinserción social. La definición de los objetivos del plan respecto al trabajo familiar está en directa relación con la disposición de apoyo expresado, por lo que resulta fundamental que la familia participe en cada una de las etapas propuestas.

*“...si es muy importante el apoyo que pueda recibir el interno de la familia, cuando no ven el apoyo de la familia salían y a los tres días ya estaban de vuelta en la cárcel...” (Pedro)*

En México el sistema significativo del delincuente no forma parte de los programas de reinserción. El único medio que permite mantener los vínculos afectivos entre ambas partes son las visitas a la que tiene derecho el interno. Si bien esto es un recurso que permite reducir los efectos de la reclusión y fomentar los vínculos afectivos, no se cuenta con otros espacios orientados a las relaciones e interacciones que el interno aún tiene hacia el exterior.

“Un proceso será considerado de vulnerabilidad cuando una trayectoria previamente adaptativa se convierte en negativa” (Rutter & Giller, 1990).

Se entiende por situaciones de riesgo aquellos procesos que se generan en los diferentes ámbitos y etapas de la vida de los sentenciados, que favorecen y precipitan la realización de delitos o su reincidencia, con o sin contacto con los sistemas legales (Fernández, Guzmán & Rosales, 2007).

*“...le quise ayudar, y su mamá me dijo, o lo haces tú o lo hacemos nosotros, yo dije, chin, si me dio coraje pero me hizo sentir mal, ya después, voy a dejar que hagan lo que quieran, porque no tengo dinero...” (Ana)*

*“...ignoraban, a mí me ignoraron por completo, yo no era libre de opinar, yo no era libre de decir, este, o sea, de irlo a ver entre semana...” (Ana)*

*“...Se producen diversos sentimientos, que pueden ser de dolor, de tristeza, de enojo o depresión, en ocasiones existe mucha solidaridad y fidelidad hacia la persona que es acompañada en su proceso de reclusión por su familia, pero en su mayoría son abandonados debido a las problemáticas generadas cuando estaban juntos...” (Psicóloga)*

Es necesario tomar en cuenta que ante un riesgo social tanto la vulnerabilidad como la protección son componentes interactivos. La organización y acuerdos que llega a establecer la familia para enfrentar que uno de sus integrantes sea privado de su libertad, pueden simultáneamente excluir a personas que forman parte del sistema significativo del delincuente.

Se mencionan otros factores de riesgo en la dimensión familiar (Fernández et al, 2007) analizados en las entrevistas.

### **Reglas y límites autoritarias, permisivas y/o confusas**

*“...En ocasiones no me gusta cómo corrige a mi hijo, es muy gritón para decirle las cosas y el niño se espanta...” (Ana)*

### **Dificultades en la cohesión familiar**

*“...convivimos poco los tres, él sale a trabajar muy temprano y los fines de semana también tiene que trabajar en un taxi...” (Ana)*

*“...debido a que mi trabajo me absorbe mucho tiempo he descuidado un poco a mi esposa a mi hijo, con mis papás y hermanas por lo mismo convivimos poco...” (Pedro)*

Dificultad en la expresión de emociones entre los integrantes

*“...a mí me cuesta trabajo expresarle mis afectos a mi esposa y mi hijo, ellos son más afectuosos que yo...” (Pedro)*

### **Frecuentes conflictos conyugales**

*“...cuando yo tenía esa amiga discutía mucho con mi esposa, ella se ponía muy celosa, desconfiaba de mí, por eso termine esa relación para estar bien con mi esposa...” (Pedro)*

*“...parecía más que una amistad desde que ya no habla con ella, estamos mejor en relación ya estábamos a punto de separarnos...” (Ana)*

### **Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas**

*“...yo consumo alcohol por lo regular cada mes, o cada quince días en reuniones familiares o salidas a bailar con mi esposa y amigos. En mi familia consumimos alcohol en reuniones familiares. Hace dos meses tuve un problema con un muchacho con el que salimos, lo aguanté mucho y si lo llegué a golpear porque él me agredió primero, ahí yo decidí bajarle a mi forma de beber...” (Pedro)*

En cuanto a las situaciones de riesgo es significativo señalar que disminuyeron a partir que el sentenciado obtuvo su libertad y abandonó el centro de reclusión, así mismo el tratamiento psicológico que recibió en la DRSE mejoró la relación de pareja en cuanto a la comunicación, expresión de afectos, el apoyo mutuo. Los factores de riesgo en cuanto a los límites y reglas confusas, dificultad en la cohesión familiar y abuso en el consumo de alcohol y drogas aún persisten en esta familia, sin embargo han dejado de tomar fuerza o

ser significativos por el incremento de factores de protección que han facilitado la reinserción social del beneficiario en diferentes espacios y la no reincidencia de su conducta delictiva.

Fernández et al, (2007) clasificaron factores de riesgo y factores de protección de la conducta infractora en adolescentes mexicanos, a partir de las dimensiones individual, familiar, comunitaria y social. Se tomaron aquellos factores de protección en la familia que favorecen la reinserción social y que se observaron en el análisis de las entrevistas.

Bajo situaciones de crisis y descomposición social, la familia puede ser un ámbito de riesgo extremo en el que el individuo se ve envuelto en un espacio de conflicto; alejarse puede disminuir dicha situación a la vez que activa un factor de protección.

Por factores de protección se entiende los procesos que se generan en los diferentes ámbitos y etapas de vida de los sentenciados, que pueden prevenir la realización o reincidencia de conductas delictivas y favorecen la reintegración social (Fernández et al, 2007).

#### ***Reglas y límites firmes y claros***

*“...Antes nos costaba poder ponernos de acuerdo para lo que íbamos a hacer, ahora decimos vamos a ver a tu mamá o vamos a ver a mis papás...Decidimos dividir los temas y no mezclar los problemas de las familias con el nuestro...” (Pedro).*

#### ***Claridad en roles entre padres e hijos***

*“...con mi hijo, su mamá hace la guardia con su hijo, yo siento que lo sobreprotege, la mano dura y castigo la llevo a poner yo, más bien el castigo, mano dura, es un decir, el castigo lo pongo yo, yo lo regaño, yo le digo lo que estuvo mal, lo que hizo, le explicamos primero y ya después se le retiran cosas...” (Pedro).*

#### ***Responsabilidades familiares claras***

*“...Mi responsabilidad es mantener mi casa y mi familia, con mi hijo...mi esposa en labores de la casa y entre los dos vemos por la educación de mi hijo...” (Pedro)*

#### ***Fomento y cuidado de la salud***

*“...La ayuda psicológica que yo pedía la obtuve aquí. Pedí la ayuda porque no conocía a mi hijo, estaba confundido no sabía cómo resolver los problemas que tenía con mi esposa...” (Pedro).*

### **Cohesión familiar**

*“...Prácticamente a todos, a todos, porque al de mi detención, fue un momento muy difícil, básicamente somos muy unidos en mi familia, no sabían lo que estaba pasando, fue de mucho asombro. Mi esposa, mamá, mis hermanos, papá, mamá y mis cuñados, estaban tristes y molestos por lo que estaba pasando...” (Pedro)*

### **Sentido de filiación y pertenencia afectiva**

*“...Prácticamente mi hijo, diario nos veíamos, tarde o temprano, me esperaba para cenar o para comer. Mi cuñado con el platicaba mucho, trabajábamos en el mismo lado antes de que pasara esto, existía mucha comunicación. Nos íbamos juntos a trabajar, platicábamos parte de día o lo veía, por eso siento. Con mi mamá, pasar y despedirme, ¿Cómo estás?, platicar un rato con ella, con mi esposa, el tiempo después del trabajo convivía con ella...” (Pedro)*

*“...Y el apoyo al igual es, el apoyo, es como le decíamos nosotros allá dentro, es tu pila, tu motor para seguir adelante, para que no la vayas a regar, que no se te vaya a ocurrir, hacer cualquier tontería...”(Pedro)*

### **Comunicación clara, directa y asertiva entre los miembros de la familia**

*“...ahora ya nos enojamos menos, lo que yo hago es salirme y esperar que las cosas se calmen, nos tranquilizamos y platicamos y si no lo dejamos para el otro día. Ahorita hemos estado tranquilos, antes cuando nos enojábamos nos pedíamos una disculpa, ella o yo...” (Pedro).*

### **Expresión de emociones entre los integrantes**

*“...con la convivencia, sentándonos a ver la tele, respetándonos, todos tenemos voz y voto, una opinión que dar y viendo que está bien y que está mal. Con mi esposa y mi hijo un beso un abrazo, me pongo a bailar con mi esposa, a mi hijo le da por bailar con nosotros, la convivencia así ha sido... mi esposa y mi hijo son más afectuosos yo soy más simplón hacia ellos, llegan me abrazan me dan un beso y me preguntan ¿Cómo te fue?...” (Pedro).*

### **Comunicación, respeto y tolerancia entre los miembros de la familia**

*“...de todos he recibido un apoyo, una palabra de aliento, económicamente. Todos han sido mi motor para no caer en alguna droga. Mi papa y mis tíos me enseñaron a trabajar la mecánica, mi mamá y hermanas a seguir adelante. Mi esposa me motiva, mi hijo...” (Pedro).*

**Resolución de conflictos conyugales**

*“...platicándolo entre todos, depende del problema que sea. Con mi esposa antes gritábamos y nos enojábamos ahora ya no...” (Pedro).*

**Capacidad para adaptarse a cambios en la estructura familiar (alejamiento, separación o pérdida)**

*“...si afectó el hecho, a mi hijo lo dejé de ver mucho tiempo y sólo lo llevaron en los últimos tres meses. A mi esposa la veía en las visitas. A mi hijo lo tuve que volver a empezar a conocer que le gusta y que no le gusta. Con mi esposa por el problema que tuvimos dejamos de platicar y a enojarnos mucho...” (Pedro)*

**Presencia y recurrencia a redes de apoyo familiar**

*“...si es muy importante el apoyo que pueda recibir el interno de la familia, cuando no ven el apoyo de la familia salían y a los tres días ya estaban de vuelta ahí...” (Pedro).*

**Presencia y recurrencia de red de apoyo de vecinos, amigos**

*“... mi jefe, antes de ser mi jefe, era mi amigo, es una persona que llevo conociéndola 14 años, luego que llegué me vio, se sorprendió mucho al verme, que ya estaba fuera...tuvo la cortesía de ofrecerme trabajo, y lo bueno es que me dio trabajo...” (Pedro)*

**Convivencia social**

*“...hay veces que convivo con mi esposa, lo que es sábado y domingo al igual irnos un rato al parque, ahí ponen un mercado sobre ruedas y nos vamos a desayunar y ya luego me voy a jugar un rato con mi hijo, nos quedamos viendo una película, en este caso, los fines de semana también los tengo ocupados trabajando, cuando lo puedo hacer lo hago, cuando no se puede, pues ni modo, nos esperamos al sábado o domingo...” (Pedro)*

**Uso adecuado de espacios habitacionales**

*“...yo vivo igual con mi esposa y mi hijo, tenemos un departamento que me renta el papá de mi jefe, tenemos un cuarto para mi esposa y otro para mi hijo...” (Pedro).*

**Satisfacción de necesidades básicas (vivienda, alimento, salud, educación, vestido)**

*“..soy el único que aporta económicamente, yo estoy aportando prácticamente todo en mi casa...pago renta, luz, agua, cosas de mi hijo, escuela, útiles, ahorita con mi esposa no*

*trabaja, entonces, prácticamente el gasto de mi casa, tengo mucho, mucho por quién ver...” (Pedro)*

***Inserción laboral acordada***

*“...porque mi jefe, antes de ser mi jefe, era mi amigo...tuvo la cortesía de ofrecermelo trabajo, y lo bueno es que me dio trabajo...prácticamente desde que salí, me quedé con trabajo” (Pedro)*

***Ausencia de consumo de sustancias psicoactivas***

*“...adentro del reclusorio llegué a consumir la marihuana, no podía dormir y con eso me dormía. Ahora ya no la consumo porque no me llama la atención, tengo prioridades mi esposa mi hijo...” (Pedro).*

***Ausencia de conductas delictivas y/o privación de la libertad en familiares cercanos***

*“...nadie, solo unos tíos tuvieron problemas con unos policías por una infracción de tránsito y no fueron procesados por eso...” (Pedro).*

En muchas ocasiones la dinámica familiar se ve afectada por factores tanto internos como por situaciones externas que generan un cambio, el éxito o el fracaso depende de las estrategias y las actitudes asumidas por los miembros de la familia, en momentos de dificultades “se produce cohesión entre las familias sustentadas en verdaderos lazos de solidaridad y afectividad que, a modo de red intrafamiliar, convierten el problema de alguno de los miembros en un problema de toda la familia” (Barg, 2002).

Se puede observar cómo la persona privada de libertad, requiere que la familia no se desligue sino que se mantenga en contacto con él, que lo incluyan en los planes, es decir, que no lo excluyan del grupo familiar por el hecho de estar institucionalizado.

Se considera, que para el privado de libertad, el estar alejado de la familia, no significa que ya no sea parte de ella, sino que la estructura de la relación con ésta se modifica, pero sigue siendo miembro de la misma. Por ende, cuando la persona privada de libertad, tiene el beneficio de la libertad no se “reintegra” a la familia, ya que nunca estuvo desarticulado; sino cuenta con una mayor cantidad de tiempo para compartir con la familia, lo que permite fortalecer las relaciones que pudieron haberse debilitado al estar institucionalizado.

En general, se puede observar, la forma en que la familia utiliza mecanismos para mantener la homeóstasis y no desequilibrarse ante las tensiones de tener uno de sus



miembros en la cárcel por la comisión de un delito. La familia analizada buscó maneras de “sacar” a su familiar de la cárcel, lo apoyaron visitándolo, llamándolo frecuentemente y creando estrategias para subsistir económicamente, tanto adentro como afuera de la cárcel.

Después de la emoción y ansiedad inicial de haber obtenido la libertad se genera en la persona confusión y temor en cuanto a cómo reconstruir las relaciones familiares y sociales en el nuevo contexto. La persona vuelve a una familia que está organizada y funciona prescindiendo del interno, por lo que éste se percibe sin un lugar en el contexto familiar y sin un rol claro en relación a su familia, lo cual genera un sentimiento de frustración, temor y desconfianza en sí mismo.

En esta fase de la reinserción es fundamental el apoyo de las instituciones o personas hacia el interno que ha salido de la cárcel y su familia (Cereceda, 2004).

*“...La ayuda psicológica que yo pedía la obtuve aquí. Pedí la ayuda porque no conocía a mi hijo, estaba confundido no sabía cómo resolver los problemas que tenía con mi esposa. El curso de capacitación que está tomando mi esposa le ha ayudado bastante, sólo tenemos la secundaria, yo quiero que ella se supere, que ella pueda tener un trabajo mejor...”*  
(Pedro)

*“...En suma es orientar institucionalmente a los preliberados, liberados del fuero federal y familiares, para su reinserción social...”* (Psicóloga)

Es importante considerar que los procesos de transformación surgen cuando las demandas internas o externas al sistema aparecen. El momento en que el interno es puesto en libertad se activan estos procesos. Si bien, la familia y el interno por sí mismos estructuran nuevas formas de organización y acuerdos dentro del sistema, son sus propiedades homeostáticas las que impiden o interrumpen el surgimiento de estos mecanismos. La participación de otras personas significativas o profesionales introduce información, que genera distinciones y contextos que favorecen los procesos de transformación.

La falta de oportunidades que brinda la sociedad para que la persona pueda configurar un espacio de encuentro con otros, especialmente por la falta de trabajo, instancia central de integración en el mundo masculino, genera en los individuos sentimientos de marginalidad y desconfianza en sí mismo y un cuestionamiento de lo que puede esperarse en el futuro.

Es importante destacar que la reinserción efectiva pasa por la integración del individuo al trabajo (Cereceda, 2004).

*“...canalizar a los beneficiarios preliberados, liberados del fuero federal y sus familiares directos, a centros de capacitación del sector público y privado, a fin de que aprenda un oficio que le permita a corto plazo, integrarse a una fuente laboral y así facilitar su reincorporación social...” (Psicóloga)*

*“...antes de ser mi jefe, era mi amigo, es una persona que llevo conociéndola 14 años... tuvo la cortesía de ofrecerme trabajo...prácticamente desde que salí, me quedé con trabajo....” (Pedro)*

La búsqueda de empleo constituye un obstáculo al salir de la prisión. Los antecedentes generan un estigma social alrededor del interno, que limitan su entrada a ciertos sectores y ámbitos laborales. En este caso las redes de apoyo social, favorecieron la incorporación del beneficiario a un trabajo. Habrá que recordar que otros modelos de reinserción social (Estados Unidos, Chile, por solo citar algunos) consideran como fundamental la construcción de un proyecto laboral, que se realiza durante el tiempo que el interno esté privado de su libertad; el cual guarda relación con instituciones con las que se tenga convenio para ejecución de este proyecto. En México la DRSE se ocupa de ésta tarea, orientando al liberado por delito federal en la búsqueda y capacitación de trabajo.

## CONCLUSIONES

El programa de reinserción social utilizado en nuestro país se diseña con base a los siguientes ejes (Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal, 2008):

- El trabajo.
- La capacitación para el trabajo.
- La educación.
- La salud.
- El deporte.

De acuerdo al testimonio brindado por el sentenciado en libertad, la incorporación del interno a estos programas obedece más a la motivación que tiene éste por obtener beneficios y cómo emplear su tiempo, más que a un proceso pedagógico y psicológico que modifique comportamientos y actitudes que disminuyan conductas delictivas en el plano práctico.

El artículo 7 de la Ley de Normas de Readaptación en México señala que el tratamiento penitenciario tendrá un carácter progresivo y técnico, dividido en periodos de diagnóstico y tratamiento. Con base a esto el interno constantemente tendría que estar siendo evaluado, lo que permitiría constatar que los objetivos de la readaptación están siendo cumplidos y que efectivamente el interno está siendo reeducado.

Aunado a ello está el hecho que las normas de readaptación en México (Artículos 10 y 11 de la Ley de Normas de Readaptación en México) no establecen como obligatorio el trabajo o la educación para el interno. El criterio de participación del interno en estas actividades está en relación a los beneficios que estos obtienen y que sirven para promover su pre-liberación.

Por otra parte, aunque se reconoce como parte del tratamiento que tiene el delincuente al interior del penal, el fortalecimiento, establecimiento y conservación de las relaciones de éste hacia el exterior (Artículo 12 de la Ley de Normas de Readaptación en México), los testimonios recabados en las diferentes entrevistas señalan que el éxito de este objetivo depende en mayor parte del sistema significativo del interno, más que a la labor y trabajo realizado por el personal encargado de esta actividad.

A diferencia de otros países, (particularmente Chile) México no cuenta con otros espacios o programas que estimulen la participación del sistema significativo del interno, limitando su participación a visitas familiares y conyugales. Las dificultades identificadas en los testimonios brindados por el preliberado y su esposa, en relación a los conflictos que ésta última tuvo con la familia de origen de su esposo, así como la limitada asistencia del hijo a las visitas familiares, son ejemplos de los obstáculos que encuentran las personas significativas del interno, las cuales pueden dar origen a procesos o factores de riesgo en el ámbito familiar que debilitan los vínculos afectivos con el sistema significativo.

Bajo estas condiciones es fundamental que los profesionales involucrados en el diseño o intervención de los programas de reinserción social, identifiquen en el sistema significativo del interno, fortalezas que apoyen el plan de reinserción social, así como el de debilidades que obstaculicen el mismo.

El caso, presentado en esta investigación, pone de manifiesto la presencia simultánea de factores de protección a nivel familiar que favorecen la reinserción social, así como de factores de riesgo que pueden obstaculizar este proceso; tanto durante el tiempo que el interno está recluido, como cuando sale.

La importancia de las redes sociales y el papel de las instituciones en la obtención y capacitación para el trabajo; se constituyen como alternativas útiles para cumplir con este propósito, el cual, es esencial para una reinserción social efectiva. Sin embargo, este hecho ilustra también la ausencia de planeación de un proyecto de vida laboral, el cual debería de realizarse previamente a la salida del interno.

Finalmente la demanda de atención hecha por el sentenciado en libertad para enfrentar las dificultades originadas por su reincorporación a su contexto familiar, ayuda a prevenir la desvinculación familiar y a establecer acuerdos con respecto a los roles, normas, comunicación, formas de organización y configuración familiar útiles dentro del sistema familiar.

## REFERENCIAS

Barg, L. (2002). *La intervención con familia: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Terapia sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Buendía, J. (2009). La privatización de los talleres en el centro preventivo y de readaptación social neza-bordo del Estado de México, para fomentar la readaptación social del delincuente. Tesis UNAM: FES-ARAGON.

Cereceda, L. (2004). *Rehabilitación y Reinserción una visión sociológica*. Instituto de Sociología. PUC. . <http://calcuta.uc.cl>

Fernández, M. Guzmán, S. & Rosales, R. (2007). *La reintegración de adolescentes en conflicto con la ley*. México: Ediciones REINTEGRA.

Gendarmería de Chile. Subdirección técnica. Departamento de readaptación. (2008). Normas técnicas de intervención psicosocial penitenciaria. Gobierno de Chile. [http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinserción/normas técnicas técnica intervención.pdf](http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinserción/normas_técnicas_técnica_intervención.pdf)

Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Barcelona: Amorrortu.

Ley que establece normas mínimas sobre la readaptación social de sentenciados. (2001). México.

Machiori, H. (1982). *El estudio del delincuente*. México: Porrúa.

Manzanos, C. (1991). *Cárcel y Marginación social*. San Sebastián: Gakoa.

Mears, D. et al. (2002). Prison-based programming: What it can do and why it is needed. *Corrections Today*, 64(2): 66-71, 2002.

Melossi, D. y Pavarinil, M. (1987). *Cárcel y Fábrica. Los orígenes del Sistema Penitenciario (siglos XVI-XIX)*. México: Siglo XXI.

Palmer, R. (2002). *¿Qué es la hermenéutica? Teoría de la interpretación de Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. Madrid: Arco libros.

Proyecto Hombre. (09 de 02 de 04). <http://www.greencom.net/proyecto-hombre/progra.htm>. Recuperado el 13 de mayo de 2011.

Rodriguez, G.G., Gil, F.J. y García, J.E. (1999). *Metodología en la investigación cualitativa*. Sevilla, España: Aljibe.

Secretaría de Seguridad Pública (2008). Programa Nacional de Seguridad Pública 2008-2012. México.

Subsecretaria del sistema penitenciario federal. (Diciembre 2008). Estrategia penitenciaria 2008-2012. México.

Rutter, M. & Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil en serie Universidad*. España: Martínez Roca.

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

El desarrollo de las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, implica formar terapeutas familiares que conozcan las características de los problemas psicosociales que aquejan a la población que los consultan, lo que les permita no sólo formular hipótesis acerca de los factores involucrados y reflexionar acerca de los procesos que se encuentran inmersos, sino también diseñar espacios profesionales donde se difunda el conocimiento adquirido, ya sea a través de productos tecnológicos que contribuyan a la formación de otros terapeutas, de la elaboración y aplicación de proyectos de salud comunitaria, así como programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales dentro de las familias y los grupos sociales.

Teniendo como objetivo, el desarrollo de las habilidades antes mencionadas, fue que elaboré a lo largo de mi formación dentro de la residencia, dos productos tecnológicos, un taller para intervención comunitaria y un cartel para ser presentado en un foro académico.

#### **3.1 Productos tecnológicos**

Durante mi formación como Terapeuta Familiar, elabore dos videos que ejemplifican dos diferentes modelos de intervención que se pueden aplicar con las familias que atendemos, ambos contribuyen a la formación de otros terapeutas familiares. La descripción de estos productos y su justificación se muestra a continuación.

##### **3.1.1 Video en CD el uso de las hipótesis en el modelo de Milán.**

###### *Objetivo*

El objetivo de la elaboración del video es dar a conocer la forma de trabajo del modelo de Milán en el uso y construcción de las hipótesis durante el proceso terapéutico con una familia real.

###### *Descripción*

Este video muestra el desarrollo y la utilización de las hipótesis en el modelo de Milán por el Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez y una terapeuta en formación en modalidad de coterapia con una pareja que se atendió durante la formación.

### *Justificación*

El modelo de Milán se ha caracterizado como un modelo difícil de aprender y aplicar con las familias y consultantes. De esta manera se pensó en realizar un video que mostrara la forma de trabajo de los terapeutas desarrollando la aplicación del mismo con una familia. El video hace énfasis en la generación de hipótesis que guían el proceso de intervención con las familias, para los terapeutas en formación o aquellas personas interesadas en conocer cómo se desarrolla y aplica con una familia en vivo.

Bertrando (2011) nos dice que las hipótesis nacen en la interacción: un terapeuta sólo puede crear la hipótesis que sus clientes le permitan crear. Las hipótesis son modos de promover el desarrollo de alguna novedad que reconocen tanto los terapeutas como los clientes, es decir las hipótesis promueven el diálogo.

Otros elementos relevantes a considerar al trabajar con las hipótesis son los siguientes:

- ✓ Las hipótesis no sólo se basan en las teorías, sino también de la experiencia del terapeuta, su estilo y los eventos de la terapia en un proceso personal y específico al contexto.
- ✓ La eficacia de las hipótesis depende de la calidad de la relación entre cliente y terapeuta.
- ✓ El self del terapeuta está incluido en el proceso de construcción de hipótesis.
- ✓ Es imposible entrar a un diálogo sin ideas o hipótesis.
- ✓ Se utilizan las hipótesis para abrir la conversación, introduciendo o acentuando diferencias.
- ✓ Las hipótesis que se comparten con los clientes son una intervención en sí mismas.
- ✓ Las hipótesis son provisionales y abiertas.
- ✓ Al co-evolucionar la hipótesis de esta manera, el cliente puede aprender, un modo sistémico de razonar.
- ✓ Hipótesis dialógica: una hipótesis que vive y existe en el diálogo, la hipótesis viene del diálogo, es el diálogo y viceversa.



De esta manera el video nos muestra las hipótesis que los terapeutas fueron construyendo con los clientes durante el proceso terapéutico, a la vez fueron interventivas dejando la posibilidad de ser modificadas juntos con ellos.

### **3.1.2 Video en CD del “terapeuta de Relevo”.**

#### Objetivo

El objetivo del video consistió en mostrar la forma de trabajo del “terapeuta de relevo” con el uso de postura posmodernas como el modelo de soluciones y el equipo de reflexión a terapeutas en formación y supervisores que estén interesados en conocer y profundizar en esta alternativa de formato para trabajar con las familias.

#### *Descripción*

Este video muestra el formato de trabajo denominado el “terapeuta de relevo” que se llevó a cabo durante la formación con una pareja de consultantes con el modelo enfocado a soluciones y el equipo de reflexión con resultados favorables para los consultantes y los terapeutas en formación. La supervisión y la propuesta de trabajo estuvieron a cargo de la Mtra. Miriam Zavala Díaz.

#### *Justificación*

El formato “terapeuta de relevo” denominado así porque en cada sesión se trabajó con un terapeuta diferente con la familia que iba relevándose en cada una de las sesiones; mientras los demás terapeutas en formación estuvieron de observadores detrás del espejo unidireccional en una cámara de Gesell. Como requisitos fundamentales para llevar a cabo esta modalidad de trabajo, se encuentran los siguientes:

- Plantear la propuesta de trabajo a la familia, considerando su opinión al respecto. Lo anterior llevado a cabo por el primer terapeuta del equipo al frente con la familia.
- Presentación inicial a la familia de todos los miembros del equipo de trabajo que estarán al frente de la terapia.
- Compromiso pleno de los miembros del equipo para asistir a las sesiones, le corresponda o no estar al frente de la familia.

El objetivo primordial fue enriquecer el proceso terapéutico con las diferentes voces y estilos de los distintos terapeutas, debido a que el estilo de cada terapeuta y su forma de expresar estos rasgos serán únicos y personalizados creativamente con cada familia, sus

circunstancias y deseos. Así como generar reflexiones que permitieron comprender mejor la relación entre terapeuta y consultantes.

### **3.2 Programas de intervención comunitaria**

La labor del Terapeuta Familiar no solo se circunscribe al espacio clínico, sino que es necesario que esta busque la difusión de sus conocimientos, a través de acercarse a las comunidades y colaborando con ellas en la prevención y tratamiento de los problemas que las aquejan. Este es el propósito del programa que elaboramos durante la formación, el cual busca no solo intervenir ayudando a parejas que están presentando dificultades de relación en su vida cotidiana, sino también brindar elementos a aquellas personas que buscan enriquecer y mejorar su vida en pareja. A continuación se presenta la descripción y justificación de dicho programa.

#### **Resumen del taller: “Cómo vivir en pareja y no morir en el intento”**

##### **Facilitadores:**

**Lic. Oscar Arvizu López y Lic. Raúl Reducindo Vázquez**

##### ***Descripción de la actividad:***

Se elaboró en equipo un taller para trabajar desde los modelos de soluciones y narrativa con personas que tuvieran o no pareja, con deseos de mejorar su relación o con deseos de conocer más acerca del tema. Este taller fue diseñado para ser impartido al personal de una institución gubernamental, con el objetivo de que los participantes analizaran sus dinámicas de relación, conocieran y comprendieran los elementos que pueden ayudar al bienestar de su relación, así como brindarles herramientas para orientar la relación hacia las soluciones y no hacia los problemas.

El taller se dividió en 4 sesiones, cada sesión con una duración de 2 horas, una vez por semana. En cada sesión el tiempo se distribuyó para trabajar los temas de manera teórica y vivencial.

### ***Justificación***

Actualmente la pareja como institución se encuentra viviendo una de sus peores crisis: Datos del INEGI (2010) señalan que el número de casamientos ha decrementado, mientras que los divorcios se han incrementado, cuestionando la forma tradicional de ser pareja. Encuestas nacionales (ENDIREH, 2006; INEGI, 2007) reportan que en México, los conflictos entre la pareja se dan principalmente por problemas económicos, problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad, dificultades de convivencia o comunicación, problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos, problemas atribuidos a las diferencias de carácter o de opinión, cuidado y orden del hogar, adicciones, celos, infidelidad y violencia. Problemas que pueden ser prevenidos si la pareja cuenta con habilidades que le permitan superar las dificultades a las que se enfrenta. Por tales motivos fue creado este taller que busca ayudar a las parejas a prevenir y resolver los problemas que se les puedan presentar, mostrando un panorama realista pero alentador de lo que es vivir en pareja y de los procesos que se encuentran involucrados en dicha empresa.

Para tal propósito se retomaron principalmente desde el área de la Terapia Familiar el modelo orientado a las soluciones propuesto por O'Hanlon & Hudson (1996) y de terapia narrativa propuesto por Michael White (1989).

### **Objetivo General:**

Propiciar en las parejas el desarrollo de respuestas que les permitan interactuar de modo más efectivo y satisfactorio en la solución de conflictos.

### **Objetivos específicos:**

1. Que los participantes identifiquen sus principales creencias sobre su relación de pareja y cómo influyen en la dinámica de la misma.
2. Que los participantes conozcan los principales mitos culturales del amor y cómo influyen en la relación de pareja, así como los elementos del amor propuestos por Sternberg.
3. Que los participantes identifiquen que su relación de pareja se construye desde la interacción.

4. Que los participantes conozcan los elementos esenciales, que señala O' Hanlon y Hudson (1996) para construir una relación orientada hacia las soluciones y no hacia los problemas.

### ***Presentación del programa***

#### **TALLER: "COMO VIVIR EN PAREJA Y NO MORIR EN EL INTENTO"**

***Duración: 8 horas***

#### **CONTENIDOS**

1. ***Descubriendo las principales creencias de mi relación***
2. ***Los mitos del amor***
3. ***Cómo construyo mi relación***
4. ***De los problemas a las soluciones***

En cuanto a la evaluación cualitativa, se presentan a continuación algunos comentarios de los participantes sobre los aprendizajes obtenidos en el taller:

*"A mejorar mi relación y poder manejar ciertas situaciones que ayuden a mi relación".*

*"Me gustaría que fuera más tiempo para abordar más los temas y profundizar sobre ellos".*

*"Este taller me dejo la manera en como poder comunicarme con mi pareja y solucionar de otra forma mis conflictos con él".*

*"la importancia de la elección de pareja, proponer soluciones a los pacientes a partir de sus propios valores y necesidades."*

*"tomar en cuenta a mi pareja como ser humano diferente a mí con otra educación, criterios e intereses".*

### **Reflexiones finales**

Las opiniones y comentarios expresados por los participantes, así como el desarrollo del taller, brindaron información útil sobre qué aspectos es necesario modificar, para un mejor funcionamiento y ejecución del mismo.

Un primer tema el cual mostraron interés los participantes fue el de tipos de pareja, o las diferentes formas de ser pareja. De alguna forma durante el taller se habló de este tema. A través de los testimonios y opiniones de los participantes se pudo ilustrar y satisfacer esta expectativa surgida al principio. Sin embargo, dentro de la propuesta de trabajo no se tenía considerado. La importancia de esta inquietud, toma mayor fuerza si pensamos en la posibilidad de que los asistentes a una actividad de este tipo, puedan utilizar como criterio de déficit o mejoría cierta idea de normalidad. Por lo anterior sería útil introducir el tema dentro del taller, explicando a través de propuestas más abarcativas como son los modelos posmodernos, que las parejas se encuentran y se relacionan de diferentes maneras, y que las diferencias entre una y otra no necesariamente significan problemas o anormalidad.

Un tema más a incluir sería el de ciclo de pareja, observamos, que los participantes hablaban de experiencias que podían caracterizarse como etapas en las relaciones de pareja. Este tema a diferencia del primero, reconoce las similitudes y semejanzas que existen entre las diferentes tipos de pareja, lo que brinda cierta orientación sobre las dificultades, retos y soluciones que pueden presentarse en cada etapa.

Dejando a un lado las temáticas que pueden incluirse en futuros talleres, analicemos la dinámica entre facilitadores y participantes. La relación entre ambas partes se distinguió por una mutua colaboración y diálogo abierto. Sin embargo, durante el curso, esta misma interacción, provoco que la discusión y análisis, se prolongara más tiempo del que se tenía programado, impactando en otras actividades, las cuales no pudieron llevarse a cabo por esta razón. Por lo tanto, se sugiere sujetarse a los periodos asignados a cada actividad para cubrir satisfactoriamente los contenidos.

Con base a los resultados sobre la evaluación del taller, se observó que los participantes refirieron querer más tiempo para el desarrollo del mismo en cuanto al número de sesiones para profundizar en diferentes temas, por otro lado se sugirió un aula con mayor ventilación y mejorar el manual del participante, en términos generales los participantes evaluaron el taller con alta satisfacción en cuanto a los aprendizajes adquiridos y la forma

en que los facilitadores expusieron los temas y guiaron las dinámicas grupales de aprendizaje.

Los resultados de las evaluaciones realizadas por los participantes al finalizar el taller, indicaron que en general se encontraban satisfechos con su aprovechamiento con los contenidos del taller y con la información proporcionada, debido a que el taller les proporcionó las herramientas para orientar su relación hacia las soluciones y tener un mayor conocimiento hacia la relación de pareja. Si bien los resultados fueron favorables en cuanto al desarrollo del taller, el desempeño de los facilitadores y la participación de los asistentes, consideramos que para otro taller con esta población, sería necesario ampliar el número de sesiones, para poder revisar más temas relacionados con la pareja y realizar un mayor número de ejercicios vivenciales con los participantes.

### **3.3 Presentación y asistencia a un foro académico.**

Así como es importante que el terapeuta familiar se acerque a las comunidades, para colaborar con las personas en la prevención y solución de los problemas que las aquejan, también es necesario que se acerque a otros profesionales de la terapia familiar y de la psicología en general para intercambiar y difundir conocimiento. Con este objetivo asistimos al *V Congreso de investigación de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM*. Este congreso se llevó a cabo los días 24 y 25 de octubre de 2011 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Se presentó *la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF)* en la modalidad de cartel. A continuación se presenta el resumen y el cartel que se presentó en la explanada del Congreso.

#### **Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF)**

Se desarrolló un instrumento de autoinforme para medir el involucramiento afectivo familiar de adolescentes (Arvizu, Le turc, Martínez, Mercado y Reducindo, 2011). Para ello se utilizaron *las dimensiones teóricas propuestas en el modelo McMaster* (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983) de evaluación familiar: *ausencia de involucramiento, involucramiento egocéntrico, involucramiento empático y sobreinvolucramiento*. Para obtener los índices psicométricos de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicaron los 120 reactivos a una muestra de 300 participantes de bachillerato, con una media de edad de 16 años de los cuales 49% fueron hombres; así como también a 51 participantes de licenciatura, con una media de edad de 21 años de los cuales el 48% fueron hombres;

los adolescentes y adultos jóvenes fueron residentes del Distrito Federal y estudiantes de una escuela privada ubicada en la zona centro de la ciudad de México. Los 113 reactivos con poder discriminativo se sometieron a un análisis factorial Varimax. Los resultados agruparon 64 reactivos en 7 factores que explicaron el 26.41% de la varianza total. Los factores fueron denominados *involucramiento empático, desinterés, exceso de control, egocéntrico, falta de convivencia, falta de comunicación e involucramiento por conveniencia*. Se calculó el *alfa de Cronbach* para cada uno de los factores encontrados; así como para el total del instrumento. Los resultados de estos análisis mostraron que los factores *involucramiento empático, desinterés, exceso de control, egocéntrico y falta de comunicación* obtuvieron coeficientes de confiabilidad superiores a 0.70. Para los factores *falta de convivencia e involucramiento por conveniencia* la consistencia obtenida fue menor a 0.70 por lo que fueron eliminados del instrumento. El alfa total sobre la suma de factores cuyo índice de consistencia fue superior a .70, arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0.93, que indica que los reactivos que integran cada factor realizan mediciones estables y consistentes. Por otra parte se sometió a prueba la validez concurrente de la EPIAF con la prueba de Relaciones Intrafamiliares (Rivera y Andrade, 2010). Los resultados mostraron de acuerdo con este análisis que existe una correlación significativa de -0.712 p.000 entre la suma total de reactivos de la Escala de Relaciones intrafamiliares y la suma total de reactivos de la prueba de la EPIAF. Se concluye que la EPIAF es un instrumento de medición con índices de validez y confiabilidad aceptables, permite determinar la funcionalidad o deficiencia de un individuo y del sistema familiar al que pertenece con base a la percepción del primero. La escala representa un medio y una alternativa útil en la fase de evaluación familiar, para familias en donde existen hijos adolescentes. Su uso puede extenderse a la etapa de tratamiento, donde puede emplearse como un recurso para evaluar cambios en las intervenciones con la familia o individuos. Como en todo trabajo psicométrico es necesario dar seguimiento a este proyecto en la estandarización del mismo para que las dimensiones que evalúa puedan generalizarse y ajustarse de forma adecuada a los criterios estadísticos, así como también a las normas y cambios familiares de la población a la que está dirigida.

## Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo familiar (EPIAF)

Oscar Arvizu, Joan Le turcq, Giovanni Martínez, Dolores Mercado y Raúl Reducindo

### Introducción

Se desarrolló un instrumento de autoinforme para medir involucramiento afectivo familiar de adolescentes. La escala representa un medio y una alternativa útil en la fase de evaluación familiar, para familias en donde existen hijos adolescentes.

### Metodología

Para ello se utilizaron las dimensiones teóricas propuestas en el modelo McMaster (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983) de evaluación familiar. Inicialmente se elaboraron 178 reactivos; los cuales se sometieron a una prueba de claridad y comprensión. Posteriormente se empleó el método Q-Sort con 10 jueces expertos. Como resultado de estos procedimientos se eliminaron del instrumento 58 reactivos.

### Muestra

Para obtener los índices psicométricos de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicaron los 120 reactivos a una muestra de 300 participantes de bachillerato, con una media de edad de 16 años de los cuales 49% fueron hombres; así como también a 51 participantes de licenciatura, con una media de edad de 21 años de los cuales el 48% fueron hombres. Los adolescentes y adultos jóvenes fueron residentes del Distrito Federal.

### Análisis estadísticos y resultados

#### Capacidad discriminatoria

A través del método de grupos extremos, se eliminaron 7 reactivos.

#### Análisis factorial

Se agruparon 64 reactivos en 7 factores que explicaron el 26.41% de la varianza total.

Facultad de Psicología



### Consistencia interna

Los resultados de estos análisis mostraron que 4 de los 7 factores obtuvieron coeficientes de confiabilidad superiores a 0.70. El alfa total del instrumento arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0.93

Factor	Coefficiente alfa	Reactivos
Factor 1: Involucramiento empático	0.91	22
Factor 2: Desinterés	0.83	12
Factor 3: Exceso de control	0.79	8
Factor 4: Egocéntrico	0.76	7
Factor 5: Falta de comunicación	0.71	5
Alfa total:	0.93	54

### Validez concurrente

De acuerdo con este análisis existe una correlación significativa de  $-0.712$   $p=0.0001$  entre la suma total de reactivos de la Escala de Relaciones intrafamiliares y la suma total de reactivos de la prueba de la EPIAF.

Se concluye que la EPIAF es un instrumento de medición con índices de validez y confiabilidad aceptables, que permite determinar la funcionalidad o deficiencia de un individuo y del sistema familiar al que pertenece.

### Conclusión

La escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar costa de 54 reactivos, distribuidos en 5 dimensiones: Involucramiento empático, Desinterés, Exceso de control, Egocéntrico, Falta de comunicación.

### Referencias

- Epstein N, Bishop D. y Baldwin L. (1983) MCMASTER Model of Family Functioning: A view of Normal Family. En Walsh. *Conceptualizations of Normal Family Functioning: A view of the normal Family*. Nueva York: Family Process, Gardner Press.
- Rivera, M. y Andrade, P. (2010). *Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares* (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.

[uzivra0512@yahoo.com.mx](mailto:uzivra0512@yahoo.com.mx)



### **Asistencia a foro académico**

Por otra parte asistí al *Taller Terapia de Pareja, el modelo de Milán: Modernidad y posmodernidad* que impartió el Dr. Paolo Bertrando, organizado por la AMTF (Asociación Mexicana de Terapia Familiar), el cual tuvo una duración de 6 horas, obteniéndose constancia de asistencia que se incluye en los anexos.

### **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

Como apartado final del grupo de habilidades profesionales que se tienen contemplados dentro de la Residencia en Terapia Familiar, se encuentran las que tienen que ver con una conducta y compromiso ético del alumno. La ética profesional determina el buen uso de un conocimiento puesto al servicio de la sociedad. La aplicación sin ética de un conocimiento puede ser contraproducente y perjudicial para los hombres y para la sociedad (Avilés, 2001). Se es profesional cuando se respetan las leyes éticas de la carrera que se ha cursado.

El programa de Residencia (2001) establece entre dichas habilidades:

- 1) Actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante.
- 2) Analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegado a las normas de la ética profesional.
- 3) Brindar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes.
- 4) Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- 5) Mostrar respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.

Durante mi proceso de formación, pude ir identificando que mucho de los puntos anteriores se veían reflejados en la mayoría de las actividades que se llevaban a cabo en la residencia, por ejemplo al mantener la confidencialidad de la información que nos proporcionaban los consultantes, el llevar un registro actualizado de los expedientes, la preparación y seguimiento de cada caso, así como el análisis teórico y revisión bibliográfica que permitiera un mejor manejo de los casos. Sin embargo, de una manera muy estrecha con las habilidades descritas por el programa, existen otros puntos que

considero importante describir, ya que fueron algunas consideraciones éticas que viví a lo largo de los dos años de la maestría.

### ***El proceso de cambio y de formación como terapeuta***

En los momentos en que me tocó ser terapeuta responsable al frente de la familia, rescato la importancia que tiene el poder escuchar y estar al pendiente del contexto en el trabajo con los consultantes, y gradualmente ir incluyendo otros contextos simultáneos como al terapeuta, su propia historia, recursos y limitaciones, el observar que está pasando con el equipo, los supervisores y la institución misma. Lo que lleva a complejizar en ocasiones demasiado al proceso terapéutico y en el que es necesario establecer ciertos límites para no perdernos

Aprendí a estar atento de los cambios y el dilema que ocurre cuando dichos cambios tienen una relación estrecha con el momento por el que está pasando la familia así como por los momentos que está pasando el terapeuta en su propio ciclo vital.

Por ejemplo, en ocasiones había familias cuya dinámica ante nuestra visión era que no realizaban ningún avance, en algunos momentos nuestros esfuerzos se encaminaban en realizar algunas intervenciones que repercutieran en un indicio de que la familia cambiaba; posteriormente me di cuenta que esas decisiones tenían más relación con nuestras propias necesidades como terapeuta y equipo, debido a nuestras resonancias personales, exigencias académicas o a las políticas institucionales. Entendí que nuestros tiempos como sistema terapéutico no eran iguales a los tiempos de la familia, y que debíamos saber identificarlo y manejarlo adecuadamente.

Considero que una manera de trabajar éticamente esta situación es, por una parte, evaluar las ventajas y desventajas que tiene el cambio para el sistema familiar e identificar los sistemas con los que se encuentra relacionada la familia, y por otro lado, el que el terapeuta pueda identificar si sus cambios pueden ser trabajados en forma paralela conforme avanza el trabajo clínico, de lo contrario se correría el riesgo de que el terapeuta pudiera no respetar los tiempos del cambio de la familia y la dirección de dichos cambios.

### **El trabajo clínico con las familias**

Cuando se realizaban las evaluaciones de las familias que llegaban a solicitar el servicio de alguna manera teníamos que evaluar también si estábamos preparados o cómodos para trabajar con las demandas de atención de la familia. Para mí es importante mantener una

coherencia respecto a nuestro trabajo profesional como terapeutas con relación a lo que sentimos como personas, debido a que un aspecto no puede ser separado del otro. Reflexiono en la importancia de ser humildes y reconocer nuestras limitaciones y recursos cuando no es posible en esos momentos de nuestras vidas trabajar con cierto tipo de familias o bien de problemáticas y la importancia que tiene sentirnos a gusto, con movimiento para intervenir libremente y danzar con la familia. Durante la residencia, observé los avances que tenía el manejo de aquellas familias en las cuales había cierta comodidad del terapeuta con el caso, con ello no quiero decir que aquellas familias en las cuales esta comodidad no existiera el manejo fuera inadecuado o con falta de compromiso, no obstante existía un lenguaje diferente, que hacía ver un sistema conectado en la parte emocional y cuyos resultados parecían tener un significado en lo relacional, tanto para el terapeuta como para el equipo de supervisión que observaba el caso.

Otro aspecto a considerar, es el relativo a los objetivos que se establecen en el proceso terapéutico, es importante no generar falsas expectativas en el consultante, co-construir junto con los consultantes metas alcanzables dentro del espacio terapéutico. En este sentido, es importante señalar que los objetivos sean co-construidos entre los consultantes y el terapeuta. Y que este último no imponga su propia interpretación de lo que considera mejor para el consultante. Asimismo, un elemento más a considerar es la elección de técnicas y estrategias, enfatizando la parte ética, de que las técnicas deben encontrarse al servicio del consultante, y no el consultante al servicio de estas.

Otro de los temas que encontramos en el trabajo con parejas era el divorcio y la separación, en estos casos aprendí que los que tenían que tomar la decisión de la separación y/o divorcio era exclusivamente la pareja. Entiendo que la labor del terapeuta era explorar con ellos los recursos que tenían, los posibles pros y contras de la decisión. Y evitar en la medida de lo posible que el terapeuta mezcle sus valores que tienen que ver con mantener un matrimonio o con terminarlo y que la terapia no se vuelva orientada a las necesidades del terapeuta. De ahí la importancia de que el terapeuta desarrolle esta capacidad de autoobservarse, identificando sus posibles resonancias personales, motivaciones y principales prejuicios con diferentes problemáticas.

### ***Confidencialidad y las situaciones de riesgo***

La confidencialidad que debemos tener con los consultantes se pierde cuando se pone en riesgo la integridad física y/o psicológica de alguno de los miembros de la familia, por ejemplo en casos de violencia, abuso, amenazas de muerte, suicidio. Uno de los primeros pasos que hay que realizar es poner a salvo a las personas para después ver que tan viable

o posible es el tratamiento. Es frecuente la carencia de información sobre los aspectos legales de la terapia y que en las instituciones no se cuente con un respaldo jurídico para enfrentar este tipo de situaciones, lo que facilita o dificulta que se atiendan de manera integral en beneficio de las víctimas o de los generadores de riesgos para la familia o para sí mismos. Si no podemos atender este tipo de casos por alguna situación que limite nuestra capacidad de acción como terapeutas; sería importante canalizar a las personas con las instancias correspondientes y cambiar la idea de que podemos atender todos los casos y todas las problemáticas que ponen en riesgo a alguna de las personas implicadas en el sistema relacional.

### ***Trabajar sin equipo terapéutico***

En el inicio de la maestría encontré un apoyo importante en el equipo terapéutico y el supervisor de cada caso, debido a que me sentí acompañado durante el proceso que duraba la terapia. Sin embargo conforme se acercaba el final de la residencia, pensaba en el hecho de que ya no contaría con esos apoyos durante mi práctica profesional.

Considero que una solución ética para estas situaciones, consiste en que el terapeuta genere un mecanismo de auto-observación en su labor terapéutica para dirigir las intervenciones y la dirección que le dará a cada caso. Ante estas circunstancias, una herramienta importante consistirá en la identificación de los propios recursos y limitaciones del terapeuta, en la preparación y actualización constante, y en el trabajo de las resonancias tanto del proceso como del contexto en que se está manejando el caso clínico. Otro camino sería internalizar el equipo terapéutico, es decir, el poder situarse desde las diferentes posiciones o voces que tenían los compañeros de equipo para generar hipótesis o visiones que ayuden a ampliar la visión que se tienen de los consultantes.

### ***La persona del terapeuta***

En el inicio de la Maestría, se nos señaló la importancia de llevar un proceso terapéutico individual, como una alternativa que nos permitiría conocer más de nosotros mismos, de nuestras emociones y de aspectos no identificados de nuestra historia personal que podría verse reflejado en el manejo con los consultantes, razón por la cual debíamos trabajarlos. Esta decisión debía ser tomada de manera personal, ya que no consistía una condición obligatoria dentro de la residencia. Desde esta perspectiva es importante señalar la importancia del trabajo emocional en la formación de un profesional de la psicoterapia. Ahondar en su historia relacional, en el significado de sus vínculos y en su manejo de los afectos en situaciones significativas permite ayudarlo a afrontar mejor no

sólo su trabajo profesional con los consultantes, sino también en los avatares de su vida personal. De esta manera la persona del terapeuta constituye la herramienta primordial de la psicoterapia, esperando en la medida de lo posible que sea lo bastante saludable para promover el desarrollo emocional de sus consultantes, en vez de entorpecerlo. De allí que es importante que posea un grado avanzado de estabilidad y entereza emocionales, libre en la medida de lo posible, de “puntos ciegos” y de necesidades personales no satisfechas, debilidades que pueden obstaculizar su capacidad para dirigir una terapia efectiva.

De acuerdo a lo anterior, implica la responsabilidad del terapeuta de buscar ayuda para atender su propia persona, sobre todo cuando reconoce que sus problemas y/o conflictos pueden interferir con la efectividad del tratamiento. Avilés (2001) recomienda algunas medidas de prevención del deterioro mental del terapeuta:

- ❖ Informarse sobre los aspectos relacionados con el trabajo del terapeuta
- ❖ Informarse sobre cuándo es necesario buscar terapia personal, de pareja o de familia
- ❖ Tener supervisión periódica de casos clínicos
- ❖ Interactuar con los colegas para evitar el aislamiento profesional y social
- ❖ Comprometerse a vivir saludablemente, y buscar un equilibrio satisfactorio como individuo (salud física, alimentación, ejercicio, manejo del estrés, actividad cultural, desarrollo espiritual), con la pareja, con los hijos, con la familia extensa, en la vida profesional y social.

Dentro del trabajo con las familias, muchos de los errores que llegamos a cometer, podrían ser atribuidos a la poca experiencia en la labor terapéutica, pero muchos otros guardaban estrecha relación con el poco conocimiento que teníamos de nosotros mismos, de la identificación de nuestros recursos y la aceptación de nuestros puntos débiles. Es importante señalar que estos aspectos no son exclusivos del terapeuta, también es importante incluir al equipo detrás del espejo, ya que pueden existir diferentes resonancias, valores y prejuicios que si no son identificados a tiempo y los dejamos avanzar, se puede correr el riesgo de que el proceso terapéutico se deteriore. Un ejemplo de ello cuando el terapeuta y/o el equipo utilizan a los consultantes para satisfacer sus propias necesidades, imposición de valores y objetivos terapéuticos, o bien cuando buscamos que los consultantes se adapten a los tiempos y dirección que se persigue en el proceso, dejando a un lado lo que piensan o sienten.

Otra parte ética de relevancia hace referencia a la postura de humildad del terapeuta en dos sentidos, la primera: de poder reconocer que no todos los casos saldrán adelante

porque lo tienen a él o a ella como terapeuta, pueden existir otros factores extra-terapéuticos que intervienen en que un caso avance o termine su tratamiento. Cuando el terapeuta entiende este aspecto, reconoce sus alcances y limitaciones, tomándose el tiempo necesario para evaluar el caso y orientar a la familia sobre otras alternativas para su problemática, para canalizar el caso clínico o bien para darle seguimiento en otro espacio de atención. La segunda tiene que ver con asumir *humildemente* los deterioros emocionales a los que podemos estar expuestos por la actividad profesional que desempeñamos, ejemplos de ello es el abuso de sustancias, mala conducta sexual, abuso del cónyuge o de los hijos por citar algunos. Es reconocer y aceptar nuestra propia vulnerabilidad al deterioro emocional como precio de nuestra comprensión y agudeza.

### **Referencias**

Avilés, F. (2001). *Ética y Terapia Familiar*. en Eustace, R. (editora). Ética y estética en la terapia Familiar en México. Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.

#### *iv. Consideraciones finales*

*“...es verdad, yo soy muy sensible a las emociones, y esta sensibilidad vino poco a poco, con el pasaje a la cibernética de segundo orden. Primero en el hacer hipótesis usaba mis intuiciones y mis pensamientos permaneciendo en un plano cognitivo, ahora estoy más en sintonía con mis emociones y las del cliente. Sigo con más atención la comunicación analógica y los estados emotivos del cliente y míos...tengo la convicción que sintonizándome con mis emociones, más que con el pensamiento se encuentre la llave maestra para favorecer el cambio...”*

*Boscolo*

#### **4.1 Habilidades y competencias profesionales adquiridas**

El objetivo del Programa de posgrado en Psicología de la UNAM, es la formación de investigadores, docentes y profesionales con alto nivel de calidad y excelencia, basado en un sistema de competencias profesionales. Dentro de este marco el programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar busca a través de una formación teórico-práctica el desarrollo de distintas habilidades y competencias, que a continuación describo las habilidades adquiridas en cada uno de los puntos.

##### ***Habilidades teórico conceptuales***

A lo largo de la formación pude revisar y aprender los distintos modelos de la Terapia Familiar y posmoderna así como los aspectos teóricos- epistemológicos, en un primer momento generó en mi seguridad, los modelos que nos dieron cierta base para pensar en términos de estructura y distintos niveles de subsistemas a las familias como el estructural, el estratégico y el terapia breve orientada a los problemas. En un segundo momento con el aprendizaje de los modelos con una epistemología más posmoderna como el de Milán, colaborativo, narrativo y orientado hacia las soluciones generó en mi confusión, desconcierto e inseguridad que paulatinamente fui integrando en mi identidad personal como terapeuta sin que generara estados de angustia ante tanta diversidad de ideas y postulados. Esto me permitió conocer las diferencias y similitudes entre las diferentes posturas e identificar los elementos que más se acomodan a mi forma de ser como persona y terapeuta. Algo de lo importante que aprendí es no ajustar a los consultantes a los modelos o pensarlos en términos de los mismos ya que no podemos crear o construir familias o consultantes, en otras palabras la terapia debe ser co-construida a la medida de los consultantes. Asimismo comparto la visión que tiene

Gilberto Limón acerca de la terapia en donde integra o retoma diferentes modelos posmodernos para hacer su propio modelo llamado *hermenéutico-construccionista*.

### ***Habilidades clínicas de detección, evaluación sistémica y tratamiento***

Las habilidades clínicas las fui desarrollando en la práctica clínica con diferentes tipos de problemáticas que presentaron los consultantes y las familias. Las distintas modalidades de trabajo que tuvimos con las familias: con equipo terapéutico, en coterapia con compañeros en formación o con supervisores, supervisión video-grabada, me permitieron desarrollar habilidades de observación en distintos niveles para entender el proceso intrapersonal e interpersonal de los consultantes, terapeutas, supervisores y equipo, es decir la complejidad del sistema puede ser infinita; sin embargo se le deben de poner límites para poder entenderlos y manejarlos en pro de las familias y del sistema terapéutico involucrado. La participación en diferentes sedes con distintos tipos de problemáticas, con la utilización de determinados modelos durante la formación y con diferentes supervisores también enriqueció el desarrollo de habilidades para poder plantearme hipótesis sistémicas y también lineales que pudiera compartir no solo con el equipo sino también con los consultantes, experimentando muchas veces el cambio con ellos y también a construir con algunos otras hipótesis que pudieron generar una reorganización en el sistema terapéutico, volviéndose una terapia dialógica como propone Bertrando. Asimismo aprendí a co-construir con los consultantes los objetivos terapéuticos e ir evaluando en el transcurso del proceso si estos objetivos se iban cumpliendo desde la perspectiva de terapeutas y consultantes con el uso por ejemplo de las *preguntas escala o preguntas enfocadas hacia el futuro* propuestas por el modelo de soluciones, lo que permitió cambiar el rumbo de la terapia cuando fue necesario y repensar si era lo más adecuado lo que estábamos construyendo junto con los consultantes.

### ***Habilidades de Investigación, enseñanza y prevención***

En la Maestría pude profundizar en las metodologías para desarrollar realizar investigaciones cuantitativa y cualitativa. Una de las investigaciones que realizamos con metodología cuantitativa tuvimos la oportunidad de publicarlo en una revista del ISSSTE (ver capítulo tres). Asimismo tuvimos la oportunidad de presentar en un foro académico en la modalidad de cartel la construcción de un instrumento de medición psicológica con índices de validez y confiabilidad adecuados. Estas experiencias me han hecho ver la importancia de poder hacer investigación en el campo de la Terapia Familiar y la



relevancia de seguirse actualizando con investigaciones recientes para poder ejercer la profesión con responsabilidad y ética profesional.

Por otro lado pude ampliar mis competencias docentes, realizar dos productos tecnológicos en apoyo a la enseñanza, así como el diseño de intervenciones comunitarias que actualmente utilizó para diseñar talleres socioeducativos con personas que cometieron algún tipo de delito federal, teniendo resultados favorables en la impartición de dichos talleres.

### ***Habilidades éticas y compromiso social***

Durante la formación pude fortalecer los valores éticos que los terapeutas familiares deben practicar en beneficio de los consultantes y de sí mismos. Labor que todos los supervisores nos enseñaron con su desenvolvimiento profesional, en el trato con sus alumnos y con los consultantes. Asimismo la convivencia entre los compañeros de formación durante dos años intensivos, también dio la pauta para practicar valores como el respeto, la tolerancia y la flexibilidad hacia diferentes formas de pensar, que en muchas ocasiones no fue fácil integrar para un adecuado desempeño tanto en los espacios de clase como de práctica clínica supervisada. Desarrollé un compromiso por aportarles a los consultantes el mejor servicio que me sea posible, actualizarme constantemente, investigar, supervisarme (en la medida de lo posible) de manera periódica y resguardar la confidencialidad del caso. Con énfasis en la responsabilidad que tiene el terapeuta de buscar ayuda profesional, en caso de que algunas resonancias de su historia personal o prejuicios estén afectando desfavorablemente algún proceso terapéutico o su desempeño como terapeuta. Uno de los riesgos es utilizar a los consultantes para satisfacer las necesidades de la vida personal del terapeuta o que el terapeuta busque que la familia se adecue a sus valores u objetivos. Todo lo anterior, me sensibilizó y amplió mi conciencia de la responsabilidad y compromiso que tenemos como profesionales de la salud mental.

### ***4.2 incidencia en el campo Psicosocial***

La manera en la que pudimos incidir en nuestro entorno psicosocial, fue a través de participar en las sedes clínicas, a través de la creación del programa de intervención comunitaria y la generación de conocimiento a través de las distintas investigaciones que realizamos durante la formación.

Las sedes clínicas en las que colaboré fueron el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el centro comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” y el centro comunitario de atención psicológica “Los Volcanes”.

Se brindó atención de psicoterapia en diferentes sistemas: individuo, pareja y familiar a la comunidad durante el periodo 2010-2012. Se atendieron un total de 35 casos, de los cuales el eran adultos, niños y adolescentes dando un total de 321 sesiones de psicoterapia, atendiendo en diferentes tratamientos: familias, individuos y parejas.

Algunos de los problemas clínicos atendidos fueron: 48.57% problemas familiares como dificultades en la relación padres e hijos, problemas de conducta de los hijos o aprovechamiento escolar, 34.29% problemas de pareja caracterizados por infidelidad masculina, discusiones frecuentes que llegaban a la violencia física, psicológica o económica por parte de algunos integrantes de la pareja y el 17.14% problemas varios como ansiedad, depresión y falta de sentido en el proyecto de vida. Del total de los casos atendidos el 57.14% fueron en Terapia Familiar, el 22.85% terapia de pareja y el 20% en terapia individual. Del total de los consultantes atendidos en las tres sedes el 51.42% fueron Altas terapéuticas porque se concluyeron de manera satisfactoria los objetivos de los consultantes, el 48.57% fueron bajas por diferentes motivos como el abandono del tratamiento por cuestiones de horario que no eran compatibles, limitaciones económicas o cambios de residencia. Las deserciones que tuvimos nos llevan a especular que no era lo que ellos esperaban de la terapia o del terapeuta. Aunque no podríamos descartar la posibilidad de que en una o dos sesiones se pudieron llegar a generar las condiciones mínimas del cambio, o para que los consultantes puedan continuar su vida sin la ayuda de la terapia (en mi experiencia clínica he visto situaciones en donde las personas asisten a pocas sesiones con cambios favorables en su vida).

Los casos pueden ser muy variados y hay ocasiones en que los terapeutas y las terapias, no llegan a cubrir con las expectativas, necesidades o posibilidades de las personas que asisten a terapia, y pretender que alguna de ellas pudiera ser la panacea sería caer en lo ideal o hasta en lo absurdo. La experiencia de formación en la Maestría me enseñó que estas nuevas formas de hacer terapia nos están proporcionando mecanismos más exitosos para ayudar a resolver los problemas de las personas en tiempos más cortos (sin que sea prioritario debido a que respetamos los ritmos y tiempos de las personas), más importante aún, con procedimientos que suelen ser mucho más cordiales y respetuosos.

La otra oportunidad que tuve a lo largo de la formación, para incidir en mi entorno psicosocial, fue haber creado como programa de intervención comunitaria, el taller “Como vivir en pareja y no morir en el intento”.

El taller fue diseñado para trabajar con personas que quisieran mejorar su relación de pareja o que estuvieran pasando por dificultades en la misma, partiendo de los principios del Modelo de Soluciones y la Narrativa. Se impartió con el personal de una institución gubernamental. Asistieron al curso 10 personas entre 21 y 55 años de edad, con nivel de escolaridad promedio de licenciatura.

Los resultados de las evaluaciones realizadas por los participantes al finalizar el taller, indicaron que en general se encontraron satisfechos con su aprovechamiento, con los contenidos del taller y con la información proporcionada. El taller les había servido para ampliar su visión que tenían acerca de las relaciones de pareja. Si bien los resultados fueron favorables, consideramos que para un siguiente taller sería necesario ampliar el número de sesiones, para poder realizar un mayor número de ejercicios vivenciales e incluir otros temas como el ejercicio de la sexualidad y las etapas del noviazgo.

#### **4.3 Reflexión y análisis de la experiencia**

Ser estudiante de la Maestría en Terapia Familiar y formar parte de un equipo terapéutico durante dos años de formación, me brindó diferentes aprendizajes en mi persona tanto en lo personal como en mi desempeño como terapeuta. Aprendí la importancia que tiene el trabajar una *responsabilidad terapéutica*, la cual comienza con mirar nuestras resonancias con respecto a los consultantes; en la medida de lo posible utilizarlas en favor de los consultantes y en las ocasiones en que nos provoquen alguna angustia o conflicto interno estar dispuestos a trabajar en ellas en alguna supervisión o proceso terapéutico individual.

El trabajar con un equipo terapéutico y de supervisión de los casos me permitió desarrollar una mirada sistémica, en la cual se debe considerar a la familia y al contexto, tanto de las relaciones familiares como de la interrelación de éstas con los diferentes subsistemas terapéuticos y del entorno socio-cultural. Por otro lado el trabajo con el equipo terapéutico constituye una fuente importante de apoyo para el terapeuta en formación, proporciona diferentes voces que enriquece el trabajo con las familias. Asimismo, crea un vínculo hacia el terapeuta, brindándole los apoyos emocionales necesarios que le permitan al terapeuta en muchas ocasiones afrontar y recuperarse de los errores cometidos en cuanto a evaluación y/o abordaje de los casos, deserciones de los consultantes, problemáticas severas y en consecuencia dudas con respecto a sí mismo en cuanto a la eficacia como terapeuta.

Una de las modalidades de trabajo que puede llevarse a cabo con otros miembros del equipo, es el trabajo en co-terapia, implica en primer lugar que los terapeutas tengan un

cierto conocimiento de sí mismos, de sus estilos y formas de trabajo, de los recursos que como terapeutas poseen, sus fortalezas y limitaciones. También implica la capacidad de trabajar con otra persona en una dinámica flexible en donde los terapeutas puedan intercambiar ideas, disposición para escuchar sus propuestas, aceptar que en algunas ocasiones la dirección que lleve la terapia se modifique y tolerancia para tener ideas diferentes. Se trata de construir a partir de la visión de cada uno de ellos, una propuesta más integrativa, abarcativa y enriquecida por el otro. El trabajo bajo la modalidad de co-terapia, no es una línea sencilla, debido a que implica compartir con otra persona en una misma dirección; durante este recorrido podemos encontrarnos con algunos posibles obstáculos, como lo es el no estar dispuestos a ceder en nuestros puntos de vista, el no tomar en cuenta al otro, el no modificar la forma de trabajo ni estrategias, y que a corto y/o largo plazo podría restar capacidad de maniobra para trabajar con la familia y verse reflejado en un inadecuado manejo de la terapia.

Por otro lado, un elemento que constituye la base de muchos terapeutas, es el apoyo del supervisor a lo largo del proceso de formación, debido a que modela, guía y evalúa el progreso que tienen los terapeutas en formación, conduciéndolos hacia un manejo ético y continuo con las familias con las cuales trabajan. En este sentido es importante señalar que la responsabilidad del manejo terapéutico no radica solamente en la persona del supervisor ya que existe una co-responsabilidad del terapeuta y el equipo en cada caso clínico.

Las supervisiones que fueron más enriquecedoras para mí, eran aquellos en los que el supervisor era un facilitador del aprendizaje clínico, el cual promovió en los terapeutas en formación la adquisición y desarrollo de sus propios estilos así como herramientas de trabajo. Este proceso se veía potencializado cuando existía un compromiso, organización y canales de comunicación abiertos, me permitió conectar lo que estaba aprendiendo en la parte teórica con la parte práctica en el trabajo con los consultantes.

#### ***4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo***

En un inicio hice una comparación entre la Maestría con una película infantil (Kunfu Panda) en donde un grupo de estudiantes de artes marciales entran a una escuela para convertirse en el “Guerrero Dragón”, durante su estancia en la escuela pasan por diversas aventuras, aprendizajes y obstáculos hasta que uno sólo logró convertirse en el anhelado guerrero. Nosotros como estudiantes de la décima generación de la Maestría iniciamos un

camino como los personajes de la película, a diferencia de la película todos los que terminamos la Maestría de alguna forma nos convertimos en el “Guerrero Dragón”, sin embargo ese camino no acaba ahí, sino que sigue porque la transformación como diría O’ Hanlon es “constante e inevitable” y seguimos en el aprendizaje del “Guerrero Dragón”.

La Maestría me introdujo al movimiento posmoderno, a esta conmoción subversiva y cuestionadora de las tradiciones sobre la verdad, la objetividad y el Yo, así como discursos monolíticos y totalizadores. He abandonado la fe en la verdad absoluta y los intentos por descubrirla. Ahora acepto la pluralidad y ya no excluyo, sino incluyo, ya no digo “en vez de” sino “además de”, es decir, ya no considero que un discurso sea mejor o peor que otro, sólo son diferentes. Me siento con más capacidad para vivir la democracia y la pluralidad basado en el respeto y la tolerancia, la interacción y la interdependencia.

Tiendo a escuchar más la voz del otro, a establecer una conversación o diálogo en el cual podemos intercambiar ideas, no imponerlas, y buscar por medio de éste nuevas posibilidades. Me considero ahora más respetuoso y menos impositivo, busco más el diálogo y la negociación para inventar o construir nuevas realidades, posibilidades y alternativas.

La Maestría me ha enseñado que se pueden combinar modelos terapéuticos y relacionarlos, que podemos utilizar a todos estos sin casarnos con uno en especial, y a considerarlos como herramientas de trabajo. Asimismo he desarrollado habilidades para la docencia y supervisión de casos clínicos, debido a que en mi trabajo nos asignan periódicamente prestadores de servicio social, trabajé con dos prestadoras de servicio la modalidad de coterapia con diferentes formatos de atención (individual, pareja y familiar) con resultados favorables con los consultantes y con las prestadoras de servicio social, que en su opinión el servicio social les trajo un gran aprendizaje a nivel profesional y personal.

En el ámbito personal me ha pasado algo parecido a lo que me ocurrió en el ámbito profesional, en el sentido que ahora percibo a las cosas como no acabadas o determinadas por sí mismas. Me queda claro que somos nosotros los que les damos sus categorías y sus características. Me manejo en términos de constructos que más que dados son contruidos, sé que no están definidos sino que al contrario, se van modificándose constantemente.

Por otra parte, el haber leído y convivido tanto, con muchas familias me ha sensibilizado al grado que veo distinto a mi propia familia y a mí mismo. Es como si ahora tuviera un lente que automáticamente me hace ver cosas que antes no veía, que me indica que no todo es lo que parece que de todas las historias hay una parte que es conocida y otra que

desconozco. La relatividad es una posición en mis creencias y en mis opiniones. También el cuestionamiento es más fuerte, hacia lo dado por establecido como a mis propias ideas de cómo deben ser las cosas. De hecho estoy convencido de que no hay una forma de cómo deben ser las cosas sino una infinita gama de opciones.

Me siento muy contento de terminar la Maestría y el reporte para obtener el título, aunque implica un final, también implica el inicio de un nuevo ciclo en mi vida profesional y personal. Ha sido una experiencia muy importante en mi proceso de formación, ha cambiado mucho la forma en que veía las cosas, aunque de repente me confundo y me siento inseguro, pero luego creo estar en un escalón más adelante en el camino.

## *Referencias*

### *Capítulo.I antecedentes y contexto de la terapia familiar*

- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1991). Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona: Paidós.
- Andrade, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis Doctorado. UNAM.
- Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano-Ruiz J, Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50: 386-395.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Wang, P., Lara, C., et al. (2006). *Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey Am J Psychiatry*, 163: 1371-1378.
- Burch, T. K. y Mathews, B. J. (1987). Household formation in developed societies. *Population and Development Review*, 3, 496.
- Carvalho, N., et al.(2006). Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health. *The Lancet*. 368(9547):1608–18.
- Coordinación de los centros de servicios a la comunidad universitaria y al sector social ( CCSCUSS) s/f. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 10 de junio de 2012 en <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/107/coordinacion-de-los-centros-de-servicios>.
- Del Campo, S. (1991). *La nueva familia española*. Madrid: Eudema.
- Eguiluz, L. (2004). La Terapia familiar en México. En Eguiluz, L. comp. *La Terapia Familiar en México. Su uso hoy en día*.(pags. 225-258). Mexico: Pax.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). Secretaría de Salud. Recuperado el 1 de octubre de 2013 en [http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet\\_ResultadosNacionales14Nov.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf)

- Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2008). Secretaría de salud. Recuperado el 15 de julio 2013 en [www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (2011). Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Recuperado el 15 de julio 2013 en <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>.
- Escartí, A., Musitu, G. y Gracia, E. (1988). Estereotipos sexuales y roles sociales. En J. Fernández (Coor.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid, Pirámide, 205-225.
- Espejel, A. E. y cols. (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Fundación Bringas Hagenbeck I.A.P. (s/f) recuperado el 27 julio 2012 en [www.fbh.org.mx/](http://www.fbh.org.mx/).
- González-Pier, E., Gutiérrez, C., Stevens, G., Barraza, M., Porras, R., (informe sobre salud mental en México, 2011).
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática INEGI, (2005). *Mujeres y Hombres en México, 2005*. Recuperado el marzo de 2012 en [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/Mujeres\\_y\\_hombres\\_en\\_Mexico\\_2005\\_4.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/Mujeres_y_hombres_en_Mexico_2005_4.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, INEGI (2002). *Perfil sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos. XII Censo general de población y vivienda 2000*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, INEGI (2010). *Principales resultados del censo de población y vivienda 2010*. Recuperado el 12 de junio 2013 en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=28097&upc=0&s=est&tg=320&f=2&cl=0&pf=pob&ef=0>



Instituto Nacional de las Mujeres. *Maltrato Infantil. Sistema de Indicadores de Género*. Consultado el junio 2013 en [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato\\_infantil1.pdf](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil1.pdf)

Instituto Nacional de Rehabilitación (s/f). Secretaría de Salud. Recuperado el 10 de junio 2012 en <http://www.inr.gob.mx/>.

Leñero, O.L. (1994). *Las familias en la ciudad de México. Investigación social sobre la variedad de familias, sus cambios y perspectivas*. México: instituto Mexicano de Estudios Sociales.

Levi-Strauss, C. (1949). *Las estructuras elementales del parentesco*. Argentina. Paidós.

Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax.

López, P. (1981). *Revisión de escuela estratégica y estructural de la terapia familiar*. Tesis de Maestría. UNAM.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental (Mex)*. 26(4):1–16.

Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., et al. (2005) Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35: 1773-1783.

Molina, J. (2001). Bases teóricas y epistemológicas de la Terapia Familiar. Tesis de Maestría. UNAM.

Pakman, M. (1997). *Construcciones de la experiencia humana. Vol. II*. Barcelona: Gedisa.

Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis Doctorado. UNAM.

Pastor Ramos, G. (1988). *Sociología de la familia. Enfoque institucional y grupal*. Salamanca, Sígueme.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Poder ejecutivo Federal. Recuperado el 20 de agosto de 2013 en [http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/PND\\_2007-2012.pdf](http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/PND_2007-2012.pdf).

Psiquiátrico Infantil (2012). Recuperado el 5 de junio del 2012 en: [http://es-la.facebook.com/note.php?note\\_id=141996725828093](http://es-la.facebook.com/note.php?note_id=141996725828093)

- Salles, V. (2001). Familias en transformación y códigos por transformar. En C. Gómez (comp). *Procesos sociales, población y familia*. pp. (103-126). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Miguel Ángel Porrúa.
- Secretaría de Salud (2010). Diagnóstico situacional. Recuperado el 5 de junio del 2012 en: [http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav\\_dxsituacional.pdf](http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_dxsituacional.pdf)
- Secretaría de Salud (2011) *.Informe sobre el sistema de salud mental en México*. México: Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Servicios de Atención Psiquiátrica (2010). Recuperado el 5 de junio del 2012 en: [http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro\\_directorio.html](http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro_directorio.html)
- Troya, E. y Auron, F. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. Trabajo presentado en el 3er Congreso Nacional de AMPAG. Querétaro, Qro. México.
- Wong, R. y Figueroa, M. (2001). Salud y contexto familiar: una nota sobre análisis de datos. En C. Gómez (comp.) *Procesos sociales, población y familia*. pp. (89-101). México: Facultad latinoamericana de ciencias sociales y Miguel Ángel Porrúa.

## *Capítulo.II. Marco Teórico*

- Andersen, T. (1995). "Reflexionando sobre la reflexión con familias", en S. McNamee y K. Gergen (eds.). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (ed). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Bateson, G., Haley, J., Jackson, D., y Weakland, J. (1976). "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en Bateson, G., *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Bertalanffy, L. V. (1984). *Teoría General de los Sistemas*. México: F. C. E.

- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (comp). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: editorial Pax.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma. El terapeuta dialógico*. México: Pax.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, ed. *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo L., Cecchin G., Bertrando P. y Bianciardi M. (2003) "Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. Postfacio de Clínica Sistémica (edición italiana de Terapia Familiar Sistémica de Milán). Milán: Bollati Boringheri.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.
- Cade, B. & O Hanlon, H.W. (1995). *Guía breve de terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin G. (1987) "Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad" *Family Process*, 26, 4.
- Cecchin G., Lane G. y Ray W. (1998) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6, 2, pp. 7-15.
- De Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa.
- De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, O. (2004). Terapia Estructural en: L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (p.81-113). México: Pax-Mex.
- Eguiluz, L. (2001). La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar. México: UNAM.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Feixas, V. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwe.
- Fish, J. H., Weakland y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

- Galicia, I. X. (2004). Terapia estratégica. En: L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar*. (p.81-113). México: Pax-Mex.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*. Vol.2. Num.2.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1992a). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: F.C.E.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós. Colección: Terapia Familiar.
- Levin, S., London, S., & Tarragona, M. (1998). Hearing more voices: beyond traditions in writing, research, and therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 17(4): 1-87.
- Limón, G. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En: Limón, G. (comp.) *terapias posmodernas*. México: Pax-México.
- Limón, G. (2005a). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México, D.F. : Pax.
- Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: Neimeyer, R. & Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (comp) (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1974) *familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Molina, J. (2001). *Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.
- Molina, J. (2008). *Psicología posmoderna: posibilidades y limitaciones: una propuesta alternativa*. México: UNAM.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O' Hanlon, H.W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- O' Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995) *Enfoques de terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

- Pineda, E. (2004). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. México, D.F.: FEZ Iztacala: UNAM.
- Reséndiz, G. (2010) "Modelo de Milán 1969-2009". *Psicoterapia y Familia*, vol. 23 , no. 1.
- Roa, A. (1995). *Modernidad y posmodernidad. Coincidencias y diferencias fundamentales*. Chile: Editorial Andrés Bello.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin, G., y Prata G. (1980). "Hipótesis, Neutralidad y Circularidad" *Family Process*. 19 (1), 21-34.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1988). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M, y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1985). Cibernética y Terapia Familiar: un mapa mínimo. En: *The family Therapy. Networker*. 9 (1).26
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. (comp), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Tomm, K. (1989). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En White, M. *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. En Eguiluz, L. (comp), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción. El centro de Terapia Breve del MRI. En García, M. (comp.) (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en Psicología*. México: Porrúa.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas*. Edición de Marcelo Packman. Barcelona: Gedisa.
- Von Glasersfeld, E. Introducción al constructivismo radical. En: Watzlawick, P. (2000). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, J., Beavin y Jackson (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

White, M. (1989). *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1995). *Rescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Paidós.

White, M. y Epston, D. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México  
Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Se otorga la presente

**CONSTANCIA**

A

*Raúl Reducindo Vázquez*

Por su participación como Ponente en el  
V Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología.

Ciudad Universitaria, D. F. a 25 de Octubre de 2011

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

El Coordinador



Dr. Juan José Sánchez Sosa

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA  
DE MAESTRIA Y DOCTORADO  
EN PSICOLOGIA



Asociación Mexicana  
de Terapia Familiar, A.C.

Otorga el presente

**Reconocimiento**

**A: RAUL REDUCINDO VAZQUEZ**

Por su asistencia a:

**TALLER TERAPIA DE PAREJA**

**“De la Modernidad a la Posmodernidad”**

**Impartido por: Dr. Paolo Bertrando**

El día 27 de marzo del 2012  
con una duración de 6 hrs.

Dr. Francisco Avilés Gutiérrez  
Presidente

TF. Silvia Segura  
Tesorera