



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**METAFORAS Y ANALOGÍAS EN LA CO-CONSTRUCCIÓN DEL MUNDO Y SUS
SIGNIFICADOS**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
LUIS ENRIQUE GUEVARA CHÍMAL**

**TUTORA PRINCIPAL:
DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
MTRA. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. DICIEMBRE DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Yazmin Monroy, mi morena de luna llena. Quien me respaldó más que nadie en la culminación de esta meta. Regocíjate vida mía, este logro también es tuyo. Gracias por confiar, por creer en mi esfuerzo, por nunca darte por vencida, y por el apoyo inconmensurable. Gracias por tu amor, que me hace creer que soy esa versión de hombre que ves en mí. Bendigo a la vida por encontrarte en este camino, por permitirme disfrutar de tus beldades y tus gracias. Gracias por ser mi compañera de vida y por aceptar ser mi esposa. Te amo con todo mi ser, te bendigo hoy y siempre.

A mis padres Marco y Betty, que más grande dicha que ser hijo suyo. Gracias por su apoyo, por sus esfuerzos, por creer en mí, por ser insistentes y por la paciencia. Agradezco su ejemplo, me inspiran a ser mejor persona. Deseo que la vida me permita hacerlos sentir muy orgullosos. ¡Les amo y les estoy infinitamente agradecido!

A mis hermanos Marco, Andrea e Isabel, mis tías y tíos, a mis primas y primos, por su preocupación, apoyo, por estar pendientes de mí y por su cariño.

Gracias a las maravillosas personas que la vida me permitió conocer en este viaje, a mis compañeras y compañeros, Alberto, Alejandra, Daniel, Jimena, Karina, Katia y Rocío, han sido y serán excelentes compañías en este viaje, de todas aprendí y me llevo algo especial.

A mis maestras y maestros de la maestría, gracias por sus conocimientos, por su disposición, por su generosidad y poder aprender de ustedes. Aún falta mucho por aprender y desarrollar, deseo seguir coincidiendo con cada una, en esta extraordinaria profesión.

Un agradecimiento especial a la Dra. Juana Bengoa, quien ha sido una excelente anfitriona en el banquete del conocimiento, mi admiración siempre. Usted me inspira a nunca dejar de aprender, a siempre buscar nuevas comprensiones y a perseverar. Gracias por su tiempo y apoyo.

A posteridad: Luis, gracias, nadie te podrá quitar la sensación de este logro, tómallo como otra muestra de lo que puedes alcanzar.

Deseo que la vida te coloque los retos que puedas alcanzar y que aprendas tanto como lo has hecho en este tiempo.

Te pido que nunca apartes tu mirada de las metas más grandes, de brindar bienestar a la mayor cantidad de personas, de generar estilos de vida basados en la libertad, en la equidad, en la diversidad y en la inclusión. Recuerda que las metas se construyen de pequeñas acciones y nunca olvides que te amo.

Índice

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados.	9
1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL.	9
1.1.2 DEFINIENDO A LA FAMILIA.	18
1.1.3. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS.	21
1.1.4. LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA.	24
1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	30
1.2.1 CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR EN LA FES IZTACALA	30
1.2.2 COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO (CCH AZCAPOTZALCO)	32
1.2.3 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE TLALNEPANTLA	33
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna que sustentan los casos presentados	39
2.1.1 EL LEGADO DE BATESON	39
2.1.2 CIBERNÉTICA	40
2.1.3 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	43
2.1.4 LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA Y SU INFLUENCIA.	45
2.1.5 CONSTRUCTIVISMO.	53
2.1.6 CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.	55
2.1.7 EL ENFOQUE COLABORATIVO EN UN MARCO TERAPÉUTICO CONVERSACIONAL.	62
2.2 Metáforas en la co-construcción del mundo y sus significados	77
2.2.1 LA TEORÍA DE LOS DOS HEMISFERIOS DEL CEREBRO	81
2.2.2 TRADICIONES EN LA PSICOLOGÍA Y SUS USOS DE LAS METÁFORAS.	85
2.2.3 PROPUESTA DE LA OBSERVACIÓN Y USO DE LAS METÁFORAS Y ANALOGÍAS EN EL ENFOQUE COLABORATIVO.	92

CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1.- Habilidades clínicas terapéuticas	96
3.1.1 CASOS ATENDIDOS	96
3.1.2 INTEGRACIÓN DE DOS EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO POR FAMILIA EN LA QUE ATENDIÓ COMO TERAPEUTA.	101
3.1.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON LAS DOS FAMILIAS ELEGIDAS.	115
3.1.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL BASADO EN OBSERVACIONES CLÍNICAS COMO PARTE DE LOS EQUIPOS TERAPÉUTICOS QUE FUERON ESCENARIOS DE TRABAJO CLÍNICO.	136
3.2 Habilidades de investigación	142
3.2.1 REPORTES DE INVESTIGACIONES	142
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento / Atención y prevención comunitaria	146
3.3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS REALIZADOS COMO MANUALES, VIDEOS, PROGRAMAS, LIBROS, CAPÍTULOS EN LIBROS, FOLLETOS, ETC.	146
3.3.2 PRESENTAR LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA REALIZADOS	147
3.3.3 CONSTANCIAS DE ASISTENCIA Y/O LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN FOROS ACADÉMICOS	148
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional	149
3.4.1 DISCUTIR E INTEGRAR LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERJAN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.	149

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	156
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	158
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo	161
Bibliografía	164

INTRODUCCIÓN

La terapia familiar sistémica y posmoderna son un conjunto de marcos de aplicación de las ideas fundamentadas en la epistemología cibernética, teoría constructivista, y socioconstruccionista, desarrolladas con el objetivo de atender diversas problemáticas que se observan en las relaciones de pareja, familiares, sociales laborales, institucionales e incluso de manera individual.

Debido a que el objeto de estudio es la relación entre los individuos y su contexto, la mirada para el análisis de las problemáticas antes citadas, tenderá a complejizar la comprensión de un mismo fenómeno, para observar los procesos implicados, las influencias sobre el mismo y considerar las comprensiones desde otras ramas del conocimiento.

Si bien el análisis tiende a la complejidad, la aplicación práctica procurará la sencillez y la accesibilidad, para que los participantes puedan abordar de manera integral las situaciones, sus relaciones y dinámicas, sus preconcepciones y prejuicios, las comprensiones, identidades y agencias. Los terapeutas a su vez, buscarán tener presente su autorreferencia y evitará la patologización de los individuos. Es por ello que la terapia familiar sistémica y posmoderna es útil en la atención de las problemáticas de la sociedad actual.

Es por ello que la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del programa de Maestría y Doctorado en Psicología, desarrolla profesionales de la Terapia Familiar con capacidades y habilidades de excelencia para la atención de las diversas problemáticas que aquejan a la población mexicana.

El objetivo del presente informe es el mostrar de manera conjunta los aprendizajes y competencias desarrollados a lo largo de la formación del programa de Maestría del autor del presente informe. Se muestran a través de la presentación de un tema teórico, de un análisis de dos casos clínicos, de la exposición de investigaciones e intervenciones sociales, además de dar cuenta de la ética y compromiso social con el que se dirige el autor. El informe consta de cuatro capítulos para dar cuenta de estos objetivos.

En el primer capítulo se abordan los antecedentes y el contexto de aplicación de la Terapia Familiar en este programa de maestría; en el segundo se realiza un análisis de los fundamentos teóricos metodológicos con los que sustenta la Terapia Familiar, la presentación de un tema con el que se desarrolla el análisis de dos casos clínicos, los cuales se presentan en el tercer capítulo, además de la descripción de las habilidades y competencias desarrolladas en el programa. En el cuarto capítulo se presentan las consideraciones finales que hacen referencia a la experiencia del autor durante la formación en la Maestría en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

CAPÍTULO 1:

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados.

El presente capítulo describirá algunas de las condiciones sociales, políticas y económicas en las que se encuentra la República Mexicana, con la intención de plantear el panorama en el que los participantes de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se encuentran inmersos.

Estos datos son relevantes debido a que, como explicaría Bateson (1993), el contexto confiere significado a toda la información. Sin tener en cuenta el contexto, la preparación del terapeuta y su labor con las familias, no tendrían significado.

Las estadísticas que se presentan están planteadas a nivel nacional, debido a que algunos de los consultantes del servicio de terapia familiar de las clínicas, durante el periodo en el que el autor participó en la Maestría, migraron de diversos estados de la república para asentarse en la Ciudad de México y el área conurbada.

1.1.1 Características del campo psicosocial.

México es un país de gran diversidad cultural, social y económica. Su territorio comprende 1,964,375 km² con una población de 119 530 753 de habitantes de los cuales 51.4% son mujeres y 48.6% hombres. En 2015 la población menor de 15 años representaba el 27.4% del total, mientras que la que se encuentra en el grupo de 15 a 64 años, constituía 65.4% y la población en edad avanzada representaba el 7.2 por ciento.

La población mexicana continuaba siendo predominantemente joven; sin embargo, tanto la disminución de la mortalidad como el descenso de la fecundidad han propiciado su envejecimiento paulatino. Por lo que la edad promedio, en el año 2015 era de 27 años, mientras que el promedio de hijos nacidos vivos disminuyó de 2 a 1.7 para las mujeres entre 15 y 49 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015i).

Los datos que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reveló en 2015, confirmaron la tendencia a la baja de la fecundidad, destacando un descenso entre el grupo de mujeres de 25 a 34 años y un aumento en las mujeres entre los 15 y 19 años; siendo las mujeres que residen en localidades de menos de 2500 habitantes, las que presentaron una tasa de fecundidad más alta. También, la tasa de fecundidad disminuyó según el nivel de escolaridad, siendo que las mujeres sin estudios tenían 3.2 hijos, y las de instrucción media y superior tan solo 1.1; destacando el efecto de la educación en la mayor autonomía y toma de decisiones concernientes al comportamiento reproductivo.

México es un país cada vez más urbano, 62% de su población reside en localidades de 15 mil o más habitantes; sin embargo, el 23% de la población vive en localidades que no superan los 2 500 habitantes. Lo anterior refleja, que la distribución territorial de la población se concentra en unas cuantas áreas y el resto se dispersa en un gran número de localidades menores de 2 500 habitantes.

Educación

En relación a la educación la tasa de analfabetismo disminuyó cuatro puntos porcentuales entre 2000 y 2015. En el 2000, el 9.5% de las personas de quince años o más, no sabían leer ni escribir, y en 2015 este indicador se redujo al 5.5 por ciento. Además, entre la población de 15 a 64 años de edad, el promedio de años de escolaridad en el 2015 era de 9.1 años (tercer grado de secundaria concluido), en contraste con los 7.5 años promedio en el año 2000 (INEGI, 2015i).

Lo anterior contrasta con las amplias diferencias perceptibles entre los centros urbanos y los rurales, donde las tasas de analfabetismo superan el 13 por ciento, y los estados más afectados por esta condición son Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Las condiciones físicas y materiales de las escuelas públicas, de acuerdo al Censo Educativo, son lamentables: el 48% de las escuelas carecen de acceso a drenaje, 31% carecen de acceso a agua potable, 12.8% no cuenta con baños o sanitarios y 11.2% no tienen acceso a energía eléctrica. Por otro lado, en 61.2% de ellas, los alumnos no cuentan con acceso a un equipo de cómputo que sirva y 80% de los estudiantes no tiene internet (Esquivel, 2015).

Esto, aunado al hecho que las personas de mayores ingresos obtengan deducciones fiscales por enviar a sus hijos a escuelas privadas, no es más que un reflejo de la captura del diseño de políticas públicas. A una inequidad original en la capacidad de poder de compra, se suma una fiscal que acentúa y perpetúa las desigualdades originales en perjuicio de los conocimientos y habilidades cognitivas y no cognitivas de los estudiantes con menor capacidad adquisitiva (Esquivel, 2015).

Salud

En materia de salud, el gasto público de México para el 2015 equivalió aproximadamente al 5.7% del PIB y alrededor de 82.2% de la población es derechohabiente de un servicio de salud.

En 2015 el porcentaje de población que declaró estar afiliada a servicios de salud es del doble en comparación del año 2000 donde el 40.1 por ciento de la población estaba afiliada a este servicio (INEGI, 2015e).

En el año 2015, el Seguro Popular o Seguro Médico para una Nueva Generación, cubría casi a la mitad de la población afiliada a una organización de servicios de salud (49.9%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cuenta con 39.2% afiliados. El 7.7% de las personas declaró estar afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); mientras que el resto de las instituciones alcanzaban en conjunto al 6% de la población afiliada.

En México se vive una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos incapacitantes, categoría en la que se encuentran por ejemplo la diabetes, la hipertensión, así como los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales.

Estos últimos constituyen un importante problema de salud pública; el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres. Seis de cada veinte mexicanos han presentado por lo menos un trastorno mental en la vida; tres de cada veinte han tenido un padecimiento psiquiátrico en el último año, y uno de cada veinte en el último mes (Alconsumidor, A.C., 2010).

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 (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud, 2011).

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibió atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad fueron atendidas.

El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante, existe una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Medina Mora et al, 2003). Cuando se considera la adecuación del tratamiento, se observa que solamente 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento farmacológico y psicosocial.

Cabe mencionar, que la Secretaría de Salud destina para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado y, de este porcentaje, el 80% se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos.

Para el año 2014, en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro popular, incluye cinco trastornos prevalentes en el país, a los cuales les da diagnóstico y tratamiento:

- Déficit de atención con componente hiperactivo
- Autismo y síndrome de asperger
- Trastornos afectivos (depresión, trastorno afectivo de tipo bipolar, trastornos afectivos persistentes)
- Trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastornos de pánico, reacción a estrés, trastornos de adaptación, trastorno de estrés postraumático)
- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicóticos y esquizotípico)

Economía

En el campo económico con las cifras que el INEGI (2015h) proporciona indican que el 59.3% de la población de 15 años y más es económicamente activa (está ocupada o busca estarlo), mientras que 40.7% se dedica al hogar, estudia, está jubilado o pensionado, tiene impedimentos personales o lleva a cabo otras actividades (población no económicamente activa).

Del total de la población activa, el 58% trabajaba de manera informal para marzo de 2015. Esto quiere decir que son laboralmente vulnerables por la naturaleza de la unidad económica para la que trabajan, con aquellos cuyo vínculo o dependencia laboral no es reconocida por su fuente de trabajo. Así, en esta tasa se incluye -además del componente que labora en micronegocios no registrados o sector informal- a otras modalidades análogas, como los ocupados por cuenta propia en la agricultura de subsistencia, así como a los trabajadores que laboran sin la protección de la seguridad social y cuyos servicios son utilizados por unidades económicas registradas.

De acuerdo con los criterios del Banco Mundial, México es considerado como un país con un nivel de ingreso medio-alto; sin embargo, la inequidad sigue siendo uno de sus principales problemas (OMS, 2011).

En 2015 el 34.4% de la población ocupada declaró un nivel de ingreso mensual que no supera los dos salarios mínimos, 22.5% percibe entre 2 y 3 salarios mínimos; por otra parte, destaca el hecho de que el 30.4% recibe más de tres salarios mínimos, lo que representa un incremento de cinco puntos porcentuales en los últimos quince años de 2000 a 2015. Mientras que el 3% dijo no recibir ingresos (INEGI, 2015h).

El Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México (CAM - UNAM) (2015), menciona que esta desigualdad comienza desde el salario mínimo, que es la medida básica para la distribución de la riqueza y la contención inflacionaria, que en el artículo 123 sección IV, establece:

Los salarios mínimos generales deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos.

Los salarios mínimos profesionales se fijarán considerando, además, las condiciones de las distintas actividades económicas. Lo cual, no se cumple en la actualidad (como se citó en 2015).

En el año 2015 el salario para la zona geográfica “A” llegó a 70.10 pesos diarios, insuficiente para adquirir una Canasta Alimenticia Recomendable (CAR), ya que, para que un trabajador y su familia puedan comprar diariamente dicha canasta, deben tener un **salario mínimo diario de 201 pesos**, es decir, lo equivalente a casi tres salarios mínimos.

Cabe señalar que dicho salario es sin considerar gastos de vivienda, salud, vestido y calzado, transporte, escuela, etcétera (Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2015).

Esto significa que, de 119 530 753 personas que habitan en México, 70 881 736 personas son económicamente activas y de estas 41 111 407 trabajan en condiciones de informalidad. Del total de personas económicamente activas, 24 383 317 tiene un ingreso que no supera 2 salarios mínimos; 15 948 390, perciben entre 2 y 3 salarios mínimos, y 21 548 047 perciben más de 3 salarios mínimos.

Todo lo analizado hasta ahora corresponde sólo a la distribución del ingreso; ya que no existen cifras oficiales sobre la riqueza en México. Lo que sí hay son algunas estimaciones no oficiales. El *Global Wealth Report 2014* de Credit Suisse (2014, como fue citado por Esquivel Hernández, 2015), por ejemplo, señala que el 10% más rico de México concentra el 64.4% del total de la riqueza del país.

Por otro lado, un reporte de Wealth Insight (2013, como fue citado por Esquivel Hernández, 2015) revela que, en 2012, había en México 145,000 individuos con una riqueza neta superior a un millón de dólares (sin incluir el valor de su residencia habitual). En conjunto, sus riquezas ascendían a un total de \$736 mil millones de dólares. Estos millonarios, representantes de menos del 1% de la población total, concentraban en ese año alrededor del 43% de la riqueza total del país. Asimismo, el reporte señala que el número de millonarios en México creció un 32% entre 2007 y 2012; tendencia que contrasta, como el blanco y el negro, con la reducción de 0.3% a nivel mundial en ese mismo periodo.

Para ampliar la perspectiva de la brecha de desigualdad, se observa la exclusión por género donde el INEGI (2013) revela que el grado de discriminación salarial para las mujeres en México fluctúa de manera significativa de acuerdo al tipo de trabajo. Así, por ejemplo, el salario para las mujeres en actividades industriales o como operadoras de transporte es 30% y 24% inferior al de los hombres, respectivamente. Mientras que, en actividades como comerciantes, profesionales, funcionarias u oficinistas, la brecha fluctúa entre el 17% y el 10%. Finalmente, en actividades agropecuarias, de protección o vigilancia o como trabajadoras de la educación, no parece existir brecha alguna, entre el salario de hombres y mujeres. En el caso de los servicios personales, la brecha favorece a las mujeres en alrededor de 9%.

Quizá en ningún caso esto es tan evidente la desigualdad, la marginación y la exclusión como en el caso de la población hablante indígena, que, en el 2015, era de 7.2 millones de mexicanos (INEGI, 2015i). La discriminación y la exclusión del proceso de desarrollo a este segmento de la sociedad han sido sistemáticas.

Mientras que el 38% de la población hablante indígena vive en pobreza extrema, la población total que vive en pobreza es inferior al 10%. Lo cual implica que la tasa de pobreza extrema para la población hablante indígena es casi 4 veces más alta que la de la población en general. Además, si se considera la pobreza moderada, 3 de cada 4 hablantes de lengua indígena son pobres. El dato contrasta notablemente con lo que ocurre con la población en general, en donde, menos de la mitad de la población se le considera pobre.

Esto, no únicamente generado debido a la falta de oportunidades laborales; sino en algunos casos por la discriminación pura: “Mientras que los trabajadores del sector agrícola de la población en general perciben un ingreso de \$1,961 mensuales, los hablantes de lengua indígena apenas perciben \$886 al mes” (CONEVAL, 2014 como se citó en Esquivel, 2015).

Además, la desigualdad entre la población, los bajos niveles de educación y las altas tasas de desempleo entre los jóvenes, pueden ser asociadas de manera significativa con el aumento de la tasa de criminalidad y homicidios en el país en los últimos años (Esquivel, 2015).

Desigualdad, Marginación y Violencia

Enamorado, López-Calva, Rodríguez-Castelán, y Winkler, (2016), señalan que el efecto, antes señalado, de la desigualdad fue más visible durante la “guerra contra las drogas”, probablemente provocado por las ganancias económicas extraídas a través del crimen y la expansión de las oportunidades de empleo en el sector ilegal, a través de la proliferación de organizaciones de tráfico de drogas, acompañada de una disminución de las oportunidades de trabajo legales y una reducción en la probabilidad de ser capturado, dadas las limitaciones de recursos del sistema de aplicación de la ley.

En materia de seguridad, según datos del INEGI (2015b), se estima que a nivel nacional el 58% de la población de 18 años y más, considera a la inseguridad y delincuencia como el problema más importante que aqueja hoy en día en su entidad federativa, y 73.2% considera que vivir en su estado es inseguro, sobresaliendo las poblaciones de Tabasco (88.9%), Tamaulipas (86.9%) y Guerrero (86.8%), quienes tienen los más altos índices de Percepción de inseguridad pública en su Entidad Federativa.

Las mujeres se sienten más inseguras que los hombres, desde cualquiera de los ámbitos geográficos en los que transcurre su vida; como su colonia o localidad (46.7%), su municipio (65.6%), y su entidad (74.7%).

En 2014, la tasa de **prevalencia delictiva** por cada cien mil habitantes fue de 28 200, mientras que la tasa de **incidencia delictiva** por cada cien mil habitantes fue de 41 655. Cabe mencionar, que la extorsión sigue siendo el segundo delito más frecuente representando el 23.6%, del total de los delitos ocurridos durante 2014, sin embargo, solo el 5.4% de las víctimas entregó lo solicitado.

La cifra negra, es decir el nivel de delitos no denunciados o que no derivaron en averiguación previa, fue de 92.8% a nivel nacional durante 2014. La ENVIPE 2015, estima que los principales motivos que llevan a la población víctima de un delito a no denunciar, se deben a circunstancias atribuibles a la autoridad, como considerar la denuncia como una pérdida de tiempo en un 32.2% y la desconfianza en la autoridad en un 16.8 por ciento (INEGI, 2015b).

Del año 2006 al año 2011, la tasa de defunciones por homicidio se incrementó 1.5 veces más al pasar de 9.6 a 23.5 defunciones por cada cien mil personas. En entidades como Coahuila, Durango y Nayarit, este incremento fue de 4 veces más que el observado en 2006, y en Nuevo León se registró un incremento de 10.9 veces más, al pasar de 3.8 en 2006 a 44.8 defunciones por homicidio por cada cien mil personas en 2011, para después disminuir a alrededor de 15 en 2014.

En este apartado se han expuesto algunas condiciones sociales, económicas y políticas que se viven entre la sociedad mexicana en la época actual. Esto no conlleva a determinar que la población está atendida a las mismas situaciones, o vive de la misma manera su relación con el entorno; sin embargo, sienta un precedente de las condiciones del contexto en el que estas familias viven, y así mismo, se adaptan.

Ahora bien, habiendo descrito algunas de las características de la población mexicana, a continuación, se describirán las características del grupo primordial de la sociedad: la familia.

Así mismo, se bosquejan el tipo de problemas a los que los terapeutas familiares en formación pueden enfrentarse, atendiendo problemáticas como violencia familiar, delincuencia, consumo de drogas, deserción escolar, narcomenudeo, etc.

En el siguiente apartado se expondrán algunos datos que ocurren directamente con las familias y ha sido contabilizados, con la intención de ampliar la visión para entender mejor al objeto de este estudio.

1.1.2 Definiendo a la familia.

Definir a la familia puede resultar complejo, sobre todo por la evolución que en la actualidad se gesta. La antropología y la sociología, han definido de la siguiente manera a la familia: Murdock (1949), considera a la “familia como un conjunto social identificado por la residencia común, la cooperación económica, que se basa en la división sexual del trabajo y la reproducción, donde las relaciones sexuales entre dos adultos, son socialmente aprobadas”, así como lo es el cuidado y educación de los hijos, y constituye una unidad económica (como se citó en Echarri Cánovas, 2009, p.145).

Haley (1991), amplía más esta diferencia, explicando que la familia representa un núcleo bien definido y limitado de miembros, que no se circunscribe a vínculos de parentesco, consanguíneos ni de coresidencia. Constituye un sistema de relaciones, debido a que es un grupo donde se comparte una vida cotidiana y colectiva, por lo común también un lugar físico, los recursos económicos, las tareas, los trabajos, las normas de conducta, y los valores entre otras muchas pautas, así como con una historia; concepción que se contrapone a la idea de conjuntos artificiales, es decir, grupos desvinculados para quienes no hay una jerarquía de pertenencia, a distinción de aquellos grupos, que viven la cotidianidad como una familia de los que no, a los que denomina artificiales.

Por otra parte, el INEGI (2015a), define a la familia como, el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de consanguinidad, afinidad, costumbres o legales. En ella, se establecen obligaciones y derechos entre sus miembros para satisfacer sus necesidades básicas, con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo del sexo, edad y posición en la familia.

La familia y la sociedad en evolución.

Rabell y Murillo (2009), determinan que existen dos modelos de familia, el modelo jerárquico y el modelo relacional, que se pueden definir a partir de los objetivos que persiguen las parejas.

En el modelo tradicional, también llamado modelo jerárquico, tiene como finalidad la reproducción biológica y la transmisión de un patrimonio biológico, material y cultural. Este modelo familiar está marcado por las certezas: los roles de género están bien definidos. El sistema matrimonial está institucionalizado y se rige por normas, leyes y costumbres.

En el modelo de familia que Rabell y Murillo (2009) llaman el modelo relacional, el objetivo es, que los miembros de la familia encuentren en ella el espacio adecuado para realizar sus aspiraciones. El vínculo conyugal se convierte en la relación primordial. Si el objetivo de la formación de una familia es, la felicidad y la realización personal de los miembros de la pareja y de sus hijos, difícilmente puede pensarse que tendrán un elevado número de hijos.

En relación a esta idea del alejamiento del modelo de familia tradicional, se puede percibir una mayor apertura e inclusión de diversos tipos de familia, como lo son: las familias monoparentales, las homoparentales, las reconstituidas, etc. Y un análisis y debate de la conceptualización de la maternidad y de la paternidad.

El punto ciego

Echarri Cánovas (2009), reconoce que los demógrafos consideran que el estudio de la realidad familiar se encuentra limitada fuertemente por la restricción impuesta por la coresidencia. En este sentido, la cohabitación de personas no emparentadas, la no coresidencia de cónyuges y de hijos menores y otros fenómenos, son ejemplos de situaciones que escapan a la demografía de la familia clásica. Aunque el mismo autor menciona que es necesario tomar en cuenta que en la realidad latinoamericana, el modelo nuclear sigue siendo el normativo.

Las familias en números.

El INEGI (2015a), en la Encuesta Nacional de los Hogares 2014 (ENH) estimó que existen a nivel nacional 31 374 724 hogares, de los cuales el 21.8% (6.8 millones) se encontraban en localidades de menos de 2 500 habitantes y el 78.2% restante (24.5 millones) en localidades de 2 500 y más habitantes.

El tamaño promedio del hogar fue de 3.9 integrantes y la edad promedio del jefe del mismo ascendió a 48.6 años. El 27.2% de los hogares, tenía como jefe a una mujer (21.4% en localidades con menos de 2 500 habitantes y 28.8% en las localidades de 2 500 y más).

El 70.5% de los hogares familiares eran nucleares, el 26.9% ampliados y el 2.6% compuestos. La distribución de los hogares familiares muestra importantes contrastes, pues en aquellos con jefatura femenina el 56.9% eran hogares nucleares contra 75.1% en los que tenían jefatura masculina.

La ENH 2014 también indica que, el 12.0% de los integrantes del hogar se encontraba en condición de hacinamiento, es decir, en viviendas donde habitan en promedio 2.5 y más personas por cuarto.

Situación conyugal.

La información que proporciona el INEGI (2015d) en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID) indica que, en el país, 42.3% de la población de 15 años y más está casada, y 16.4% vive en unión libre; en conjunto, seis de cada diez personas de 15 años y más (58.7%) se encuentran unidas. La población soltera representa 29%, mientras la separada, divorciada o viuda tiene una proporción del 12.3 por ciento.

Matrimonios y divorcios.

De acuerdo con las estadísticas de matrimonios, en 2014 se registraron 577 713 matrimonios. De estos, 1 687 son matrimonios del mismo sexo y 576 026 son matrimonios entre distinto sexo (INEGI, 2015d).

En 2013 se registraron 108 727 divorcios, es decir, por cada cien enlaces matrimoniales, ocurrieron 18.7 divorcios; esta relación muestra una tendencia creciente en los últimos años.

Entre 2000 y 2013 el monto de divorcios aumentó 107.6%, mientras que el monto de matrimonios se redujo 17.7 por ciento. Cabe señalar que, en promedio, la duración social del matrimonio es de 13.5 años (INEGI, 2015d).

1.1.3. Principales problemas que presentan las familias.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), menciona que, a nivel nacional, el 28.6% de la población presentó alguna vez en su vida un trastorno mental, siendo los trastornos mentales más frecuentes los de ansiedad (14.3%), los trastornos de uso de sustancias (9.2%), y los trastornos afectivos (9.1%). En cuanto al género, los hombres presentaron prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentaron prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, sus equivalentes fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). En los niños, la ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) fueron los dos padecimientos de más temprana aparición.

Ansiedad y nerviosismo: La ENH estimó 104.9 millones de personas de 7 años y más, de las que el 54.5% indicaron haberse sentido preocupadas o nerviosas, y en relación a la intensidad, reportan que la última vez que sintieron preocupación o nerviosismo, el 58.2% de las personas manifestó que un poco, el 19.0% que ni poco ni mucho y el 22.6% que mucho (INEGI, 2015a).

Depresión: De acuerdo con la ENH 2014, el 33.2% de las personas de 7 años y más indicó haber sentido depresión, y respecto a la intensidad con que la sintieron la última ocasión, el 59.3% dijo que un poco, el 22.8% que mucho, el 17.8% que ni poco ni mucho y el restante 0.2% que no sabe. Respecto a la frecuencia, el 64.9% de las personas con depresión la han sentido algunas veces al año, el 11.8% mensualmente, el 13.4% semanalmente y el 9.9% diariamente (INEGI, 2015a).

Esto quiere decir que existen 7.941 millones de personas han sentido intensamente la depresión y que 3.448 millones de personas la sienten diariamente. Esto se relaciona a otros problemas de salud, como la dificultad de caminar o moverse (60.1%), las dificultades para oír (40.2%) y las dificultades para ver (30.6%). Además, que la frecuencia de la depresión es mayor en personas separadas, divorciadas o viudas (INEGI, 2015a).

Suicidio: En 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte a nivel nacional. Los suicidios en el país presentan una tasa de cerca de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2015f).

Considerando los suicidios ocurridos y registrados en 2013 ocurren más de cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. En 2013, ocurrieron 2 345 casos en jóvenes de 15 a 29 años (40.8% del total), observando una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes de este grupo de edad (INEGI, 2015f).

En la actualidad, se presentan también casos de personas que se autoinfligen lesiones sin el fin del suicidio, a este fenómeno se le denomina *cutting*. La finalidad de estas lesiones es reemplazar el dolor emocional por dolor corporal, y es una práctica que se lleva a cabo en grupos de pre-adolescentes, adolescentes y adultos jóvenes.

Adicciones: La Secretaría de Salud, realiza periódicamente la Encuesta Nacional de Adicciones, en esta, se ha reportado un incremento a la dependencia a drogas, que pasó del 0.4% al 0.6% para el 2008, representando a casi 450 mil personas entre los 12 y 65 años (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2011).

La última encuesta realizada en 2008, determina que la marihuana es la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína, sigue apareciendo en segundo lugar, con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína, la consumen en forma de piedra o crack (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2011).

En cuanto al alcohol, el abuso/dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres). En relación al tabaco, la encuesta de 2008 el 18.5% de la población refirió ser fumador actual.

Violencia: Se define como una relación de fuerza destinada a someter u obligar a otro. Se trata de acciones destinadas a someter u obligar a otro, ya sea mediante la fuerza física, o bien a través acciones que dañan, limitan y ponen en riesgo la integridad emocional y física de las personas, y que les impide acceder al ejercicio pleno de sus derechos y libertades fundamentales. (INEGI, 2015g).

A este respecto, el 47% de las mujeres mencionan haber sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su última pareja. De acuerdo con el tipo de violencia, 43.1% han vivido violencia emocional, 7.3% violencia sexual, 14% violencia física y 24.5% violencia económica. Sin embargo, es importante recalcar que, como marca el INEGI (2015g), la violencia sexual por parte de la pareja no es vista de esta manera, por factores culturales, como el que la mujer debe estar dispuesta a mantener un encuentro sexual si la pareja lo desea.

Estos problemas, no son excluyentes por lo que pueden ser presentados en una misma familia en el mismo momento, e incluso propiciar que otros problemas puedan generarse.

La información y estadísticas permiten a los terapeutas familiares en formación el tener un contexto general del país, comprender las problemáticas que los consultantes pueden presentar y buscar estrategias para la atención de estas.

La terapia familiar, resulta una alternativa para abordar estas problemáticas, dado que procura tener en cuenta estos contextos para que en conjunto se puedan cortar a la medida las soluciones para sus problemáticas.

1.1.4. La terapia sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

En el siguiente apartado el autor del presente texto se tomó la libertad de introducir algunas opiniones conjuntas a observaciones o postulados de anteriores autores. Es por ello importante subrayar que estas son solo ideas, no determinantes sobre la observación de la realidad. El autor pretende remarcar que, al explicar sus ideas, no intenta descalificar aquellas omitidas, y que solo a través del diálogo e intercambio de opiniones podría contestar a todas aquellas dudas que, usted como lector, pueda presentar.

Observar al bosque, al árbol y al bosque dentro del árbol.

El autor de este informe, pide al lector olvidar todo aquello que considera psicología y se permita unos minutos de apertura y reflexión.

La terapia familiar sistémica se enmarca en una epistemología distinta a otros estudios de las personas. Su principal diferencia reside en su objeto de estudio, a comparación con el psicoanálisis que lo coloca dentro de la persona, a través del estudio del aparato psíquico; o por fuera como podría ser en el conductismo, donde se estudia la conducta como un hecho externo, objetivo, medible y cuantificable; pero tampoco en una combinación de estos, como podría ser visto por lo cognitivo conductual o lo humanista. Por su parte, la epistemología cibernética coloca el centro de la persona, dentro y fuera de la persona, sin embargo, esto no es contradictorio y es mucho más complejo de lo que parece.

Para la epistemología cibernética el objeto de estudio es *la pauta que conecta*, que dicha en palabras más burdas podría ser traducida a “información”.

Primero debemos trazar una distinción en este sentido; en el universo (hasta donde lo entendemos y conocemos) existen dos tipos de mundos a los que Bateson (1993), siguiendo a Jung (Hoffman, 1987), quien a su vez sigue a los gnósticos, le llama *creatura* (el mundo de los vivos) y *pleroma* (el mundo de lo no-vivo).

Los seres de creatura responden a distinciones y diferencias. Por ejemplo: usted puede responder a una cierta información que está siendo conducida a través de caracteres impresos en el papel, u observables mediante una serie de pixeles que se encienden y apagan dependiendo de la instrucción asignada en la pantalla del ordenador. Entiende lo que quiere decir porque aprendió el idioma castellano, y a su vez, le fue enseñado que estos caracteres se llaman letras, que estas letras representan sonidos, y que aglutinándolas representan palabras. No es necesario que el libro golpee su rostro para obtener una respuesta, como si de un objeto de pleroma se tratara, y en dado caso, tiene una infinidad de formas en las que puede responder.

Ahora bien, Bateson (1993) cuando habla de información, se refiere a la noticia de una distinción o diferencia. Hace alusión a trazar una distinción. Por ejemplo: el darse cuenta de algo, ya sea por los resultados de esta interacción o porque se es sensible a esta información, la cual puede ser diferenciada de otros elementos que pueden estar en el contexto y por lo tanto se reconoce su existencia.

Teniendo en cuenta esto, el autor considera, que no todos los seres vivos tienen un sistema nervioso, sin embargo, responden a estas diferencias y distinciones, a esta interrelación se le nombra como comunicación. Bateson (1993) apunta, que el aspecto de las plantas y animales son transformas de mensajes. Para él, la anatomía debía contener un análogo de la gramática, porque toda anatomía es transformas del objeto del mensaje, el cual debe ser moldeado contextualmente. Moldeamiento contextual, por lo tanto, es solo otro termino para gramática. Como lo explicaría Bateson (1982): “La estructura de lo que entra debe de algún modo reflejarse en la estructura de lo que sale” (p. 28).

Obsérvese a la evolución, los animales o plantas se moldean contextualmente con el fin de la preservación, adaptándose y cambiando en respuesta a los cambios del ambiente. Todo esto es muy diferente a aquellas marcas que moldean a los cuerpos inertes o del pleroma, que solo denotan los resultados de las fuerzas que han sido impresas sobre ellos, las cuales pueden ser rastreadas mediante un análisis regresivo lineal.

El entender como un organismo cambia a través de una regresión lineal es una tarea que descontextualiza la información y establece relaciones univocas de un evento; algo que es arriesgado en el mundo de creatura.

Entender la información sin tener en cuenta el contexto sería un error, como Bateson (1993) menciona: “Toda la comunicación exige un contexto, que sin contexto no hay significado, y que los contextos confieren significado porque hay una clasificación de los contextos” (p. 28).

Se ha planteado la idea que el contexto influye en el organismo, pero, para el autor de este informe, esta visión no estaría completa sin incluir a este organismo dentro de su contexto y, por lo tanto, modificándolo; ya que, a través de las interacciones que mantiene, envía información a los otros, que, a su vez, responderán a esta información. A este concepto Keeney (1991) le denomina retroalimentación. Estos procesos ocurren en múltiples niveles que se superponen y en una cantidad inimaginable en el contexto que esté siendo observado; a esto le llama recursividad.

A manera de resumen, para el autor de este informe, la epistemología cibernética establece una distinción entre el mundo de lo vivo y lo no vivo, teniendo como objeto de estudio a *la pauta que conecta* o información. Su estudio buscará entender los fenómenos dentro de su ecología y contexto de manera total e interrelacionada, en donde, toda información en el contexto generará una forma de responder, y así mismo, ésta generará nueva información, propiciando un círculo infinito de interrelaciones.

Teniendo en cuenta que el organismo se encuentra dentro del contexto, por lo tanto, es parte de este, cuando el organismo observa al contexto y traza una distinción, esta distinción afecta lo observado, y por lo tanto toda distinción acerca de lo observado es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa distinción. A este fenómeno Keeney (1991) le denomina autorreferencia.

Para el autor del informe, si un organismo pudiera describir el contexto de manera “total y verdadera”, tendría que estar fuera del contexto, pero a su vez tendría que tener un contexto distinto, por lo que este fenómeno volvería a ocurrir. Por lo tanto, nada puede ser objetivo, o, mejor dicho, todo conocimiento es subjetivo.

Retornando al tema de la epistemología y los intentos de entender como entendemos, una de las teorías que influyó en el desarrollo teórico de la terapia familiar es el constructivismo, que busca dar respuestas desde las bases biológicas de las percepciones, conductas, cogniciones, emociones, que construyen y permiten describir al observador y su relación con su “realidad”.

Para el autor de este informe, el constructivismo estudia la relación entre el conocimiento y la realidad desde una perspectiva evolutiva, postulando que un organismo solo puede construir un modelo o “mapa” que se ajuste a su realidad y que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente.

Von Foerster, pone en entredicho el planteamiento de Korzybski y que Bateson (1993) retomara: “El mapa no es el territorio”. Von Foerster explicaba que, debido a las limitaciones de nuestro sistema nervioso, únicamente podemos conocer al territorio mediante los mapas que hemos desarrollado y operar en ellos mediante sus paradigmas. Es por ello que para Von Foerster: “El mapa *ES* el territorio” (Hoffman, 1989; como se citó en Limón, 2005).

Por lo tanto, el autor de este informe, deduce que el constructivismo considera estos mapas como individuales e interiores, en relación con el territorio, pero mediatizadas por los mismos mapas.

En la construcción de estos mapas, otros autores como Anderson (2012) y Gergen (1994), difieren con la visión constructivista y otorgan una mayor jerarquía al lenguaje en la construcción de los mismos. A esta teoría se le denomina construcción social. Estos autores, explican que el construccionismo se aleja de la idea de la mente constructora individual y cuestiona las nociones del individuo autónomo. Para estos autores el contexto interaccional y comunal es el que produce significado; la mente es relacional, y el desarrollo de sentido es discursivo. Además, el contexto es conceptualizado como un dominio multirrelacional y lingüístico, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales. Ocurren dentro de una pluralidad compleja y en constante cambio de redes de relaciones y procesos sociales, y dentro de dominios, prácticas y discursos locales y más amplios.

Para el autor de este documento, el constructivismo y el construccionismo parecen dos extremos del mismo objeto. Ambos están unidos al mismo objeto de estudio: la información, y cómo esta información establece relaciones.

El constructivismo las analiza con un mayor enfoque en las bases biológicas, pero también considerando los aspectos individuales y sociales para la construcción del significado. Por otro lado, el construccionismo analiza estas construcciones desde una perspectiva que otorga mayor peso a lo social, y como el aspecto social, puede llegar a determinar lo que biológicamente podemos distinguir.

Es por todas estas características que reflejan la complejidad del análisis de las experiencias humanas, que, para el autor de este informe, la terapia familiar sistémica y posmoderna puede abordar las problemáticas que aquejan a las familias mexicanas de manera compleja y partiendo de un análisis que integra diversos aspectos tanto individuales como contextuales.

Desde una perspectiva sistémica el alumno podrá participar en diferentes ámbitos para la intervención en los problemas antes mencionados, desde la atención en contextos clínicos públicos o privados, la investigación y difusión de información, la elaboración de políticas públicas y la docencia.

Las ventajas de la perspectiva cibernética en estos diversos campos son, la capacidad de mirar de manera compleja distintas situaciones, relacionarlas con un contexto más amplio, señalar las influencias sin perder de vista las relaciones, percibir y analizar las relaciones de los actores y cómo sus propias perspectivas favorecen el fenómeno.

Basado en lo anteriormente expuesto y a manera de conclusión, el autor de este reporte, plantea algunos preceptos sobre la epistemología y teorías cibernética (Bateson, 1993; Keeney, 1991), constructivista (Von Foerster, como se citó en Limón, 2005) y construccionista (Gergen, 2011):

1. Su objeto de estudio, a comparación de otros modelos en Psicología será más amplio, debido a que está centrado en la información, en la comunicación y en las interacciones o relaciones.

2. Toda información deberá ser analizada en relación a su contexto, el cual le confiere significado.

3. Toda información y contexto deberán ser analizados en relación a la información que el organismo que analiza sea sensible y pueda distinguir.

4. El organismo que analiza deberá ser consciente de su autorreferencia al analizar la información y su comunicación, además de las implicaciones de su análisis sobre lo analizado.

5. Al ser consciente de la autorreferencia, el organismo que analiza deberá comprender que todo análisis es subjetivo y que la comparación de su análisis con la de otros deberá ser entendido de la misma manera.

Basado en lo anterior, el autor de este informe, considera que a nivel pragmático se pueden generar las siguientes prácticas en la terapia familiar sistémica y posmoderna:

- Comprender que la información existe, es constante, cambiante y todos percibimos de diferente manera. Por lo que no existe una única forma de entender la “realidad”.
- El contexto, es lo que le da significado a la información, por lo que al intentar comprender los significados que se le atribuyen a la información, deberemos explorar las relaciones del consultante que se vinculan con la situación por la que acude, y a su vez, como se enlazan con contextos más amplios.
- Introducir al terapeuta dentro del sistema analizado. El terapeuta está limitado a conocer el mapa de los consultantes, a través de las descripciones que ellos puedan dar, con base a las limitaciones lingüísticas y temporales, que tienen todos los participantes. Además, todos los participantes, sólo son capaces de percibir una cierta cantidad de la información que se gestó en la consulta.
- El terapeuta influencia al sistema, con el simple hecho del significado que los miembros del sistema le confieren a su “presencia” (el hecho mismo de pensar en acudir a terapia puede generar una influencia). También, sucede a través de la información que comunica.

- El terapeuta, deberá tener en cuenta que todo lo que comprenda sobre lo que escucha u observa en el sistema, tiene que ver más con sus preconcepciones que con lo observado dentro del sistema.
- Por lo tanto, deberá tener en cuenta que las patologías son solo una forma de describir una cierta información enmarcada en un contexto.
- El terapeuta trabaja con la intención de facilitar un cambio en el sistema, sin embargo, el tipo de cambio, la magnitud y su duración serán definidos y determinados por el sistema, al cual también pertenece.
- Por último, se invita a pensar en una máxima: El cambio es inevitable.

1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

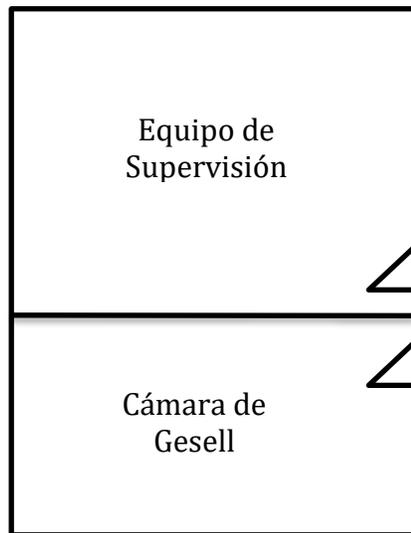
Uno de los objetivos que persigue la Residencia en Terapia Familiar es la atención a la comunidad y la puesta en práctica de los modelos terapéuticos para los alumnos. Es por ello que, en aras del cumplimiento de estos objetivos, la Residencia cuenta con tres espacios para la práctica terapéutica, mismos que se describirán a continuación. Cabe mencionar que en cada una de las sedes se realizaban videograbaciones de las sesiones para su posterior análisis por parte del terapeuta, todo esto con el consentimiento de los pacientes y/o familias.

1.2.1 Clínica de terapia familiar en la FES Iztacala

Se encuentra ubicada en el primer piso del edificio de Endoperiodontología, que forma parte de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) dentro de la FES Iztacala, con dirección en Av. De los Barrios S/N, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54090.

No comparte su área de trabajo con alguna otra actividad, por lo que su espacio está reservado para actividades únicamente de la Residencia. El total de la superficie de la Clínica es de aproximadamente 45 m², se encuentran cinco espacios distribuidos por un pasillo intermedio.

Figura 1. Distribución del espacio donde se brinda consulta en la Clínica de Terapia Familiar en la FES Iztacala.



Durante el tiempo, en el que autor realizó sus prácticas clínicas en esta sede, las sesiones se llevaban a cabo principalmente en la cámara de Gesell, donde se tenía un espejo unidireccional. En esta, el terapeuta se colocaba de espaldas al espejo y la familia lo veía de frente. Mientras, los miembros del equipo de supervisión observaban la sesión a través del espejo, y se comunicaban con el terapeuta a través de un teléfono o intercomunicador (Véase Figura 1).

En ocasiones esporádicas, se llegó a utilizar la sala de usos múltiples como consultorio, donde los miembros de la familia ocupan el espacio principal de esta área junto con el terapeuta y los miembros del equipo el área secundaria; a falta del espejo e interfono, se llevan a cabo prácticas de supervisión en vivo, como era el escribir en un pizarrón las dudas o recomendaciones y/o entrega de recados.

Las sesiones tenían un costo de cincuenta pesos por sesión, los cuales, debían ser pagados en una de las cajas de la CUSI, y al paciente se le hacía entrega de un recibo, mismo que posteriormente se debía anexar al expediente.

Las personas que solicitaron la atención durante el periodo de agosto de 2012 a julio de 2014 fueron miembros de la comunidad estudiantil de la FES Iztacala, vecinos de las áreas circundantes o personas recomendadas por otros pacientes. Para solicitar la atención, llenaban un formato y lo depositaron en una urna que se encontraba fuera de la clínica; al ser recolectados estos formatos se añadían a una lista de espera, dando prioridad a aquellas solicitudes con mayor antigüedad.

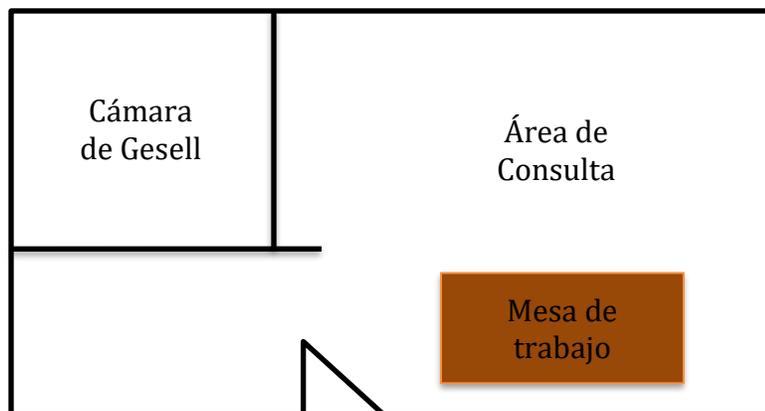
Las problemáticas que presentó la población que acudió a la clínica de Terapia Familiar, durante ese periodo fueron diversas, por ejemplo, problemas estructurales de la familia, autoflagelación, violencia emocional, duelo y depresión.

1.2.2 Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco (CCH Azcapotzalco)

Ubicado en la Av. Aquiles Serdán #2060, Ex - hacienda del Rosario, Azcapotzalco, Distrito Federal, C.P. 02020. Las sesiones se realizaban en la sala de lectura, que se encontraba en el segundo piso del edificio del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN).

El espacio contaba con dos ambientes en un área de aproximadamente 40 m², un área de consulta con un espejo unidireccional y el área para el equipo terapéutico. Sin embargo, por problemáticas con el equipo de audio, video y comunicación, durante el tiempo en el que autor realizó sus prácticas clínicas en esta sede no se hizo uso de la cámara de Gesell propiamente dicho. Por lo que la práctica de supervisión se hizo de la siguiente manera: el equipo y supervisor se ubicaban en una mesa contigua al área de consulta, a espaldas de los pacientes; y la información, dudas o recomendaciones se realizaban en un pizarrón junto este espacio o mediante recados en pequeños trozos de papel (*Véase Figura 2*).

Figura 2. Distribución del espacio donde se brinda consulta en la sede del CCH Azcapotzalco.



La atención se brindaba exclusivamente a los miembros pertenecientes al CCH Azcapotzalco, docentes, administrativos, padres de familia, estudiantes e incluso egresados. Este servicio no tenía costo. Para solicitar la atención, los interesados tenían que dirigirse al departamento de Psicopedagogía, en donde la persona encargada tomaba los datos y los anexaba a una lista, misma que era transmitida a los supervisores para su posterior distribución a los terapeutas en formación.

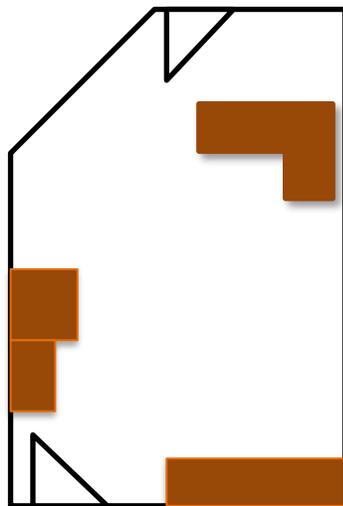
Las problemáticas atendidas en este espacio fueron, problemas de pareja que llegaban a afectar la relación con sus hijos, depresión, duelo, uso de drogas ilegales, violencia y deserción escolar.

1.2.3 Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla

Esta sede clínica, se encontraba albergada en un consultorio especializado de Psicología de aproximadamente 28 m², en el cual se atendían a los derechohabientes del ISSSTE. La clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla se encuentra en la calle Chilapancingo, esquina con Jalapa S/N, Fracc. Valle Ceylán, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54150.

Esta sede se caracterizó por ser un espacio sin divisiones y más reducido que los anteriores, por lo que la cercanía física de los miembros del equipo y los pacientes era notoria. Existen dos puertas por las cuales acceder, una que da a la sala de espera de los pacientes y otra por un pasillo de acceso al personal.

Figura 3. Distribución del espacio donde se brinda consulta en la sede de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla.



La configuración del espacio para la sesión es similar a la del CCH Azcapotzalco, donde la familia se sienta dando la espalda al equipo y el terapeuta puede observar a ambos grupos. Al fondo del consultorio se encuentra un pizarrón desde el cual, la supervisora o el equipo de supervisión puede anotar observaciones, preguntas o recomendaciones (*Véase* Figura 3).

La población que era atendida en esta sede era derechohabiente del instituto, y eran derivados al área de Psicología con un diagnóstico médico.

Por lo general la psicóloga que se encontraba encargada del área, realizaba una primera sesión con ellos y determinaba la pertinencia de que su problema, fuera atendido bajo el modelo de la terapia familiar sistémica. Ella entregaba los expedientes de los casos a los terapeutas para su atención y brindaba una visión general del problema. Ella se encontraba presente durante las sesiones, aunque intervenía en contadas ocasiones.

Las problemáticas atendidas en este espacio fueron: duelo, trastornos alimenticios, problemas de pareja, violencia, pensamiento suicida y encopresis.

Forma de trabajo en cada una de las sedes

De acuerdo a la experiencia del autor de este reporte, la forma de trabajo en cada una de las sedes anteriormente descritas fue similar, y fueron desarrolladas con base a la organización propuesta por el equipo terapéutico de la Terapia Familiar de Milán.

Para la supervisión eran necesarios 4 elementos. Los pacientes, eran quienes solicitaban la atención clínica; la o él supervisor, cumplía con una amplia experiencia en el campo; él o la supervisada, era un terapeuta en formación y brindaba la atención directa a los pacientes; y el equipo terapéutico, que lo conformaban otros terapeutas en formación.

Los equipos de supervisión estuvieron conformados por el número total de los miembros de la residencia divididos en dos grupos, con la condición de que, al menos dentro cada equipo debía contar con un miembro de sexo hombre.

Reporta el autor de este informe, que durante los cuatro semestres que tuvo por duración la Residencia en Terapia Familiar, cada equipo acudió en diferentes momentos a cada una de las sedes, determinadas por una rotación preestablecida. Las sesiones se realizaban los días martes y jueves entre las 8 y las 14 horas, y las sedes se dividieron por semestres en CCH e ISSSTE para un equipo, y Clínica FES Iztacala para el otro.

La rotación se inició desde el primer semestre, ya que en este se observó a un grupo de la generación anterior que se encontraba cursando el tercer semestre. Lo cual permitió que el alumno vaya adentrándose a la metodología sistémica, podía observar la teoría en la práctica y analizar los casos conforme a los conceptos sistémicos; aunque su participación regularmente era limitada durante la conversación que tiene el sistema terapéutico total.

A partir del segundo semestre de la Residencia, cada uno de los terapeutas en formación se hizo cargo de al menos 2 casos por semestre y participaron activamente dentro del sistema de supervisión.

De acuerdo al autor de este informe, la forma de trabajo de los procesos de terapia, respecto a la organización de las sesiones, fue similar a la descrita por los asociados de Milán, desde el contacto con los pacientes, hasta el desarrollo de las sesiones.

Primer contacto: Se contactaba a la familia, se tomaban los datos de las personas, y se les pedía extendieran la información del motivo de consulta.

1. Presesión: Su tiempo aproximado era de quince minutos. En el cual, el terapeuta entregaba a sus colegas y al supervisor, el acta de la sesión anterior, o en caso de ser la primera sesión de la llamada telefónica; se discutían aspectos de lo sucedido en el contacto anterior y por las cuales el terapeuta había determinado realizar cierto plan de acción para la sesión que daría inicio.

2. Sesión: Tenía una duración entre 45 y 50 minutos. Durante ésta, los terapeutas solicitaban cierto número de informaciones y se interesaban no sólo por los datos concretos, sino también por el modo como se suministra tal información. Si los miembros del equipo, notaban que el terapeuta se desconcertaba o confundía realizaban algunas maniobras pertinentes para comunicarle sugerencias, consejos o preguntas para esclarecer la información.

3. Intersesión: Tenía como duración aproximada de 5 a 10 minutos y dependiendo de la sede, se les pedía a los consultantes salieran del espacio o el terapeuta se retiraba del espacio. Ya a solas el terapeuta con el sistema de supervisión, compartían sus impresiones, discutían lo ocurrido, y elaboraban un mensaje o una tarea.

4. Cierre de la sesión: El terapeuta regresaba con los consultantes y daba el mensaje o tarea elaborado durante la intersesión. Su duración era breve, de 3 a 5 minutos, con posibles excepciones.

5. Postsesión: Dependiendo del supervisor, se realizaba esta sección, con algunos era inmediatamente después de finalizada la sesión y con otros al finalizar las sesiones del día e incluso en otro día de consultas. En ese momento se compartían impresiones generales del caso, de las intervenciones y las preguntas realizadas, se planteaban posibles intervenciones y se brindaba retroalimentación al terapeuta.

- De cada una de las sesiones se grababa video, para que el terapeuta pudiera observar la forma en la que condujo la sesión, retomaba información pertinente para su análisis y elaboraba el acta que entregaba posteriormente al equipo.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en Terapia Familiar Sistémica y/o Posmoderna que sustentan los casos presentados

2.1.1 El legado de Bateson

El autor de este reporte considera que Gregory Bateson, fue una pieza fundamental para la creación de los marcos teóricos que sustentan a la Terapia Familiar. Bateson (1993) observó las limitantes de las investigaciones sobre la conducta, la comunicación y la ecología de los organismos vivos, y señaló que los métodos experimentales basados en la lógica Newtoniana, no lograban describir de manera fehaciente los fenómenos ocurridos del mundo de lo vivo.

Hoffman (1987) consideraba que el gran éxito de Bateson se debió a que él “mostró cómo pueden ser útiles ideas de fuentes tan diversas para el entendimiento de los procesos de comunicación, incluso aquellos asociados con psicopatología” (p. 16).

Gregory Bateson, reunió las ideas de Norbert Wiener (Teoría Cibernética), Claude Shannon (Teoría de la Información), John von Neumann (Teoría de los juegos) y Bertrand Russell (Teoría de los tipos lógicos), siendo uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético (Hoffman, 1987, p. 16). Bateson vio el potencial de esta metáfora, al explicar los comportamientos que había observado mientras se encontraba estudiando la cultura Iatmul, y pudo analizarlos en términos de los ciclos de retroalimentación activados por el error, y otros ciclos que encontró en los sistemas que se gobiernan a sí mismos, como en la desconcertante ceremonia de *Naven* (Hoffman, 1987).

Es por ello, que además de sus trabajos como antropólogo de campo, y después de que la Fundación Rockefeller le otorgara un apoyo económico en 1952, Bateson se embarcó en una investigación con un grupo interdisciplinario, para investigar las paradojas en la comunicación. Este grupo fue conformado por John Weakland (ingeniero químico), Jay Haley (pasante de comunicación social), William Fry (psiquiatra) y Don Jackson (psiquiatra y psicoanalista) (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1981).

Como resultado de las investigaciones de este grupo, se editaron los trabajos de “Una teoría del juego y de la fantasía” y “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (1956; como se citó en Bateson, 1982), pero debido a las diferencias entre Bateson y su equipo, al final de los años cincuenta se separaron. Bateson regresó al campo de la comunicación animal y el resto del equipo se unió a Jackson, quien recién acababa de fundar el Mental Research Institute.

Aun cuando el equipo encabezado por Bateson se había separado, su influencia permitió que otras investigaciones fueran desarrolladas, y el producto de estas investigaciones, vio la luz con el nombre de “La nueva teoría de la comunicación” (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1981).

Como tal, la influencia de Gregory Bateson en la terapia familiar es fundamental, generando una visión de mayor complejidad en los estudios de la conducta humana y proponiendo su objeto de estudio como un fenómeno de índole relacional, ecológica y complementaria.

Todas las ideas mencionadas impactaron en el desarrollo de la terapia familiar, haciendo de estos postulados teóricos sus bases para la posterior construcción de los modelos. A continuación, se explicarán brevemente los principios de estos postulados.

2.1.2 Cibernética

La cibernética es una ciencia, nacida hacia 1942 e impulsada inicialmente por Norbert Wiener que tiene como objeto “el control y comunicación en el animal y en la máquina”, así como “desarrollar un lenguaje y técnicas que nos permitan abordar el problema del control y la comunicación en general”

El término cibernética proviene del griego Κυβερνήτης (kubernetes o timonel) y fue designado por Norbert Wiener y Arturo Rosenblueth. Se eligió esta palabra para reconocer al primer trabajo importante sobre los servomecanismos, un artículo publicado por Clerk Maxwell en 1868 (Wiener, 1998).

Uno de los principales conceptos retomados de la cibernética fue el de "retroalimentación", Wiener (1998) lo definió como:

Un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (p. 84).

Los primeros aportes de Wiener (1998), se centraron en la homeostasis, también llamada retroalimentación negativa o negentropía, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización. En su contraparte, en la entropía positiva, yacía el caos y la destrucción del sistema. Por lo tanto, el objetivo que perseguía era el optimizar los procedimientos para lograr un objetivo mediante la corrección de la desviación.

Por lo que los primeros trabajos dentro de la Terapia Familiar, para Sluzki (1987) "reflejan el énfasis negentrópico: reglas familiares, mitos familiares, patrones interactivos" (p. 65).

Para analizar de qué manera los procesos de cambio llevan a la estabilidad se empleaba el término "homeostasis"; sin embargo, esta designación a menudo indicaba alguna especie de "estado estacionario", por lo que Mayurama (1968 como se citó en Keeney, 1983 y Hoffman, 1987) propuso denominarle a este estado "homeodinámico", el cual proporciona una doble descripción de la conexión cibernética entre la estabilidad y el cambio.

Maruyama (1968, como se citó en Keeney, 1983 y Hoffman, 1987), amplió la descripción de este estado, sugiriendo que la supervivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos importantes.

Uno de ellos es la “morfostasis” que significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales, lo que logra mediante el proceso activado por el error, conocido como retroalimentación negativa.

El otro proceso es la “morfogénesis” según la cual, a veces un sistema debe modificar su estructura básica; este proceso abarca una retroalimentación positiva o de secuencias que actúan para amplificar la desviación, como en el caso de una mutación.

En los inicios de la cibernética, los teóricos postularon que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, lo que originaba la suposición de que el observador es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que está observando. Por supuesto, esta concepción es incompleta y sólo resulta útil en aquellas situaciones que exigen un manejo unilateral, En un orden superior de recursión, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel, es incapaz de ejercer un control unilateral, y puede facilitar, o bloquear la autocorrección indispensable (Keeney, 1983).

Este concepto hace referencia a lo que Von Foerster llamó "cibernética de la cibernética" o "cibernética de segundo orden", la cual sitúa al observador en el seno de lo observado, y, por lo tanto, toda descripción es autorreferencial. Sluzki (1987) manifiesta que: “el discurso científico implica necesariamente un discurso acerca de la naturaleza (los alcances y límites) del lenguaje y los procesos mentales de quien lo produce tanto como acerca del referente del discurso” (p.67).

Sluzki (1987) establece que, el desarrollo de la cibernética de segundo orden fue favorecido por el contexto, donde hubo influencia de elementos tales como el principio de incertidumbre de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein y, más cercanas a las ciencias del comportamiento, las contribuciones de los neurofisiólogos tales como Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela, de lógicos como Heinz Von Foerster y Gordon Pask, y de psicólogos evolutivos como Jean Piaget.

2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana

Hoffman (1987), definió al libro de Teoría de la Comunicación Humana como: “el primer intento de popularizar las ideas seminales de Bateson y su grupo” (p. 27).

En este libro, Watzlawick, Beavin, y Jackson (1967), intentaron describir los efectos pragmáticos de la comunicación humana en la conducta, particularmente, sobre los trastornos de la conducta. Un aspecto que distinguió este estudio, fue que en este se considera a la comunicación como un proceso de interacciones, algo que lo diferenció de los estudios de la época.

A través de un listado de axiomas Watzlawick et al. (1967) señalaron algunas propiedades simples de la comunicación que generaban consecuencias interpersonales básicas.

A continuación, se presentan los cinco axiomas enunciados por Watzlawick et al. (1967):

1. La imposibilidad de no comunicar.

Toda conducta es comunicación, ya que existen un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta verbal, tonal, postural, contextual, etc., todos los cuales limitan el significado de los otros.

No hay nada que sea lo contrario de conducta. La no-conducta no existe; es imposible no comportarse. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican.

2. Los niveles de contenido y de relación en la comunicación.

Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento.

Por lo tanto, toda comunicación poseerá un aspecto referencial, que transmite los datos de la comunicación y un aspecto conativo, entendido como la forma en la que se puede interpretar dicha comunicación dentro de la relación.

“Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (p.56).

3. La puntuación de la secuencia de hechos.

Para un observador, una serie de comunicaciones pueden entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama "puntuación de la secuencia de hechos".

La puntuación organiza los hechos de la conducta. En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Se establecen patrones de intercambio y dichos patrones constituyen de hecho reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos.

Así, a una persona que se comporta de determinada manera dentro de un grupo, la llamamos "líder" y a otra "adepto", aunque resultaría difícil decir cuál surge primero o que sería del uno sin el otro. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencia de hechos, es la causa de incontrollables conflictos en las relaciones.

“La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes” (p.60).

4. Comunicación "digital" y "analógica".

La comunicación humana puede ser digital o analógica. La primera tiene “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” (p. 68).

5. Interacción simétrica y complementaria.

Todas las relaciones pueden ser agrupadas en dos categorías: o son complementarias o simétricas, y se les puede describir como relaciones basadas en la igualdad o diferencia.

En la interacción simétrica, los participantes tienden a igualar su conducta recíprocamente. En la interacción complementaria, la conducta de uno de los participantes tiende a complementar la del otro, ampliando la diferencia entre sus conductas.

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa la posición superior o primaria, mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

En la relación simétrica existe el peligro de la competencia. Cuando se pierde la estabilidad en una relación simétrica, se produce una "escalada" de uno de los miembros; el otro intentará equilibrar la relación, produciéndose, a partir de aquí, el fenómeno conocido como "escalada simétrica". Un ejemplo es cuando una pareja discute y uno de los miembros comienza a levantar la voz, para intentar equilibrar la relación la otra persona levanta la voz, así hasta que ambos terminan gritando.

Además de las ideas expuestas sobre el trabajo de Bateson, la cibernética y la teoría de la comunicación humana, otra de las principales influencias que permitieron el desarrollo de diversos modelos de la Terapia Familiar Sistémica, están asociadas a Milton Erickson.

2.1.4 La Hipnoterapia Ericksoniana y su influencia.

Un clínico que influyó en el desarrollo de la terapia familiar fue Milton H. Erickson. Nardone y Watzlawick (2009), afirman:

Si Gregory Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccional y sistémica en psicología y psiquiatría, Milton Erickson representa el maestro que hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales (p.43).

Durante su carrera, Erickson elaboró estrategias y técnicas de intervención basadas en su concepción de la hipnosis como un fenómeno relacional y psicosocial y con un estilo especial de comunicación terapéutica, que influyó notablemente en el estudio sobre la familia y la comunicación del grupo de Palo Alto, California (Hoffman, 1987).

Dentro de este grupo y su proyecto sobre la comunicación, Gregory Bateson, Jay Haley y John Weakland, estudiaron el tipo de comunicación terapéutica y las estrategias de Erickson, entre ellas, su peculiar modo de hacer terapia, las prescripciones paradójicas, los dobles vínculos terapéuticos, el empleo de la resistencia, entre otras. Fueron, para el grupo de Palo Alto, la base principal para su formulación teórico-práctica (Hoffman, 1987).

En la comprensión de su particular forma de hacer terapia, es deseable mirar hacia su historia de vida.

2.1.4.1 Biografía.

Milton Hyland Erickson, nació el 5 de diciembre de 1901, en la desaparecida comunidad rural de Aurum en Nevada, Estados Unidos. Fue el segundo de 11 hijos del matrimonio entre Albert y Clara Erickson. Posteriormente, cuando Erickson era todavía un niño pequeño, la familia se trasladó a Lowell, Wisconsin, donde su padre compró una granja (Téllez, 2007).

Erickson nació con varias discapacidades, sufría discromatopsia, lo cual ocasionaba que no pudiera percibir los colores rojos y el verde. Tenía una sordera específica para ciertos tonos musicales, por lo que no podía percibir ni reproducir ciertos tonos sonoros. Además, sufrió dislexia, que de niño le dificultó el aprendizaje normal de la escritura (Téllez, 2007).

En el año de 1919, con 17 años, Erickson enfermó de poliomielitis. Rosen, (2012) relató que Erickson consideró este hecho como:

Yo goce de una enorme ventaja sobre los demás: tuve poliomielitis, quede totalmente paralitico, con una inflamación tan grande que incluso padecí de parálisis sensorial. Pero podía mover los ojos y mi audición no sufrió ningún trastorno.

Me sentía muy solo tendido en la cama sin poder mover otra cosa que los ojos. Estuve en cuarentena en nuestra granja, con siete hermanas y un hermano, mis padres y una enfermera. ¿De qué manera podía entretenerme? Empecé a observar a la gente y el entorno (p. 45).

Téllez (2007) mencionó que, al parecer el tiempo de postración, le ayudó a desarrollar una muy aguda capacidad de observación visual y auditiva. También, desarrolló la capacidad de observar regularidades de comportamiento de los miembros de su familia, así como, incongruencias al decir verbalmente algo y contradecirlo con el lenguaje gestual.

Decidió hacerse médico y en 1928, obtuvo el grado de maestría en Psicología a la par que terminaba su carrera de Medicina. Su primer contacto formal con la hipnosis fue en la Universidad de Wisconsin con el profesor Clark L. Hull en 1928, quien tenía el objetivo de desarrollar técnicas estandarizadas de hipnosis para estudiar el fenómeno científicamente. Erickson quedó fascinado y comenzó a practicar con quien lo permitiera. Posteriormente, se integró al equipo de trabajo de Hull, tiempo en el que descubrió que las sugerencias presentadas necesitaban “cortarse a la medida” del sujeto (Téllez, 2007).

Se casó por primera vez a los 23 años con Helen Hutton y tuvo tres hijos. Posteriormente en 1936 se casó con Betty, quien fuera su compañera de vida y su colaboradora; con ella procrearon cinco hijos más (Téllez, 2007).

En 1932, publicó su primer artículo científico sobre la hipnosis en *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. Llegó a publicar 150 artículos, fue coautor de seis libros y editó la *Revista de Hipnosis Clínica* de 1958 a 1968 (Téllez, 2007).

En 1938, fue consultado por Margaret Mead, por recomendación de Abraham Maslow, para que la asistiera en la explicación de los trances espontáneos de los danzantes de Bali. Además, Erickson participó en el proyecto de comunicación humana de Bateson, e influyó en el desarrollo de la psicoterapia interactiva y estratégica (O'Hanlon, 1993).

En 1948 se mudó a la ciudad de Phoenix, Arizona, en busca de un clima seco y cálido que resultara más adecuado para su salud.

A los 51 años, sufrió otro ataque de poliomielitis, del cual habría de rehabilitarse usando todo lo aprendido de la hipnosis y de su rehabilitación del primer ataque de la enfermedad.

En 1957, fundó la Sociedad Estadounidense de Hipnosis Clínica, de la cual fue nombrado su primer presidente, lo que le permitió desarrollar mayor investigación y divulgación de las mismas (Haley, 1991).

A partir de 1967, se desplazó en una silla de ruedas por las secuelas de la polio. Y a partir de 1974, dejó la consulta psicológica para dedicarse a dar cursos de hipnoterapia y psicoterapia.

El 25 de marzo de 1980, a la edad de 78 años, murió en Phoenix, Arizona.

Erickson no se dedicó a construir una teoría completa de la personalidad, o del aparato psíquico, sino una teoría de la intervención terapéutica (Téllez, 2007).

2.1.4.2 Noción del cambio terapéutico.

Erickson consideraba que, para obtener resultados terapéuticos, tanto el terapeuta como el cliente tenían que trabajar en conjunto. Es por ello que definió su terapia hipnótica en los siguientes términos:

La psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados efectivos en la psicoterapia hipnótica, o hipnoterapia, solamente derivan de las actividades del paciente.

El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad, a menudo sin saber qué actividad puede ser, y después lo guía y hace uso del juicio clínico para determinar el monto de trabajo por hacer para lograr los resultados deseados.

Como guiar y juzgar constituye un problema del terapeuta, mientras que la tarea del paciente es la de aprender a través de sus propios esfuerzos, para aprender su vida experiencial en una nueva forma. Tal reeducación, desde luego es necesariamente en los términos de la experiencia de vida del paciente, sus comprensiones, recuerdos, actitudes e ideas; no puede ser en términos de las ideas y opiniones del terapeuta (Erickson, 1980 y 1994; como se citó en González Montoya, 2004 p.32)

Haley (1991) planteaba que la meta de un hipnólogo consistía en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona, logrando a su vez, expandir los alcances de la experiencia, proveerla de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse.

La responsabilidad del terapeuta consiste en crear un clima, una atmósfera que favorezca el cambio. Lo hace dando forma (por medio de palabras y acciones) a una expectativa de éxito y utilizando e incorporando al tratamiento las objeciones, el estilo y la "resistencia" del paciente (Haley, 1991; O'Hanlon, 1993; González Montoya, 2004; Téllez, 2007).

Erickson postulaba que:

En psicoterapia uno no cambia a nadie. Las personas se cambian a sí mismas. Uno crea circunstancias en la cuales el individuo puede responder con espontaneidad y cambiar. Y esto es todo lo que uno hace. El resto se lo pedimos a ellos (como se citó en Nardone y Watzlawick, 2009).

2.1.4.3 Principios para el cambio

La hipnoterapia y psicoterapia del Dr. Erickson se guio por varios principios desarrollados por él mismo, y los cuales permeaban las técnicas de intervención.

Erickson formuló algunos principios que son visibles en sus intervenciones; mismos que son poco convencionales y dotados de originalidad. O'Hanlon (1993), les llama orientación naturalista, orientación indirecta y directiva, responsividad, orientación de utilización, orientaciones de presente y de futuro.

O'Hanlon (1993) menciona que, para Erickson la hipnosis fue su herramienta principal, pero de ningún modo la única. Sus escritos muestran que, al cabo de cierto tiempo, empezó a formular generalizaciones a partir de los experimentos, las experiencias y las técnicas hipnóticas, para llegar a una concepción "hipnótica" más amplia de la psicoterapia. Utilizaba su dominio de las aptitudes para la comunicación hipnótica, y la influencia interpersonal, en una terapia que no incluía el trance formal.

a) Orientación Naturalista

Erickson consideraba que todas las personas eran capaces de recuperar y sostener su salud, y pensaba que las sintomatologías eran un bloqueo de esa buena salud.

Pensaba que los pacientes tenían capacidades y recursos para resolver sus problemas, y era la tarea del terapeuta crear un contexto que les permitiera acceder a esas habilidades. El trance a su vez, era una aptitud o capacidad natural, una experiencia cotidiana que las personas pueden acceder sin percatarse.

b) Orientación indirecta o directiva

Erickson no era directivo en torno a la manera en la que sus pacientes debían vivir sus vidas una vez el síntoma fuera suprimido, o de la manera en el que se podría resolver la problemática.

Asignaba tareas o formulaba sugerencias que se limitaban a aflojar las rigideces de la persona en medida suficiente como para que ella descubriera otros modos de pensar y comportarse, capaces de eliminar el síntoma, pero nunca pretendió decirle a la gente cómo tenía que vivir o debía manejar su vida en general. Sus sugerencias e instrucciones permitían al paciente encontrar sus propios significados y modos de resolver sus problemas (pp. 20 – 21).

c) Responsividad

Las personas no están fijadas en su modo de expresión corriente. Son capaces de reaccionar a diferentes estímulos con diferentes respuestas. En lugar de atribuir un carácter indestructible a los rasgos de la personalidad rígida, Erickson trataba de aprender las pautas individuales de conducta y respuesta. Después podía utilizar esas pautas al servicio del cambio, en lugar de tratarlas como impedimentos (p. 21).

d) Utilización

Erickson utilizaba todo aquello que el paciente llevara a la consulta, desde sus aspectos personales, sus actividades, hasta “las creencias, conductas, exigencias y características rígidas de modo tal que no sólo no obstaculizaban la senda hacia los resultados deseados, sino que incluso facilitaban la terapia” (p.22).

e) Orientación al presente y al futuro

Erickson no se orientaba hacia el *problema*, sino hacia la *solución*. No estaba a favor de que se volviera la mirada hacia el pasado en busca de los orígenes del problema o de las limitaciones aprendidas de la persona. Se orientaba hacia las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podían desarrollarse y utilizarse en el futuro (p.24).

2.1.4.4 Postura del terapeuta.

O' Hanlon (1993), explicó también los principios que Erickson desarrolló para la terapia, a continuación, se explicarán las actitudes que él tenía en relación a sus pacientes:

a) Flexibilidad

Erickson no veía alguna ventaja con mantenerse aferrado a las hipótesis que el terapeuta realizaba. Para él, cada proceso terapéutico debía ajustarse a las necesidades del individuo y no al revés, recortar a la persona para ajustarla a las teorías de la conducta humana. Por lo cual, prefería operar con un agudo sentido de curiosidad y realizando ajustes constantes a medida que la situación lo exigía.

b) Observación

Junto a la flexibilidad, Erickson, consideraba importante que el terapeuta empleara todas las modalidades sensoriales, en especial las de mirar atentamente y escuchar, para descubrir las claves de la terapia eficaz y del modo en que la terapia actúa. El lenguaje del paciente, los cambios en la dinámica vocal, las alteraciones en el tono muscular y los gestos, son algunos de los elementos que mencionó como parte de las observaciones relevantes que se pueden realizar.

2.1.4.5 Influencia en la Terapia Familiar Sistémica.

Los principios y las técnicas de Erickson, permearon de manera importante a diversos terapeutas y, por ende, a los modelos que propusieron. Desarrolló una teoría de la intervención terapéutica, sin que en esta incluyera completamente un supuesto de la conducta humana o del aparato psíquico, no quería que las personas tuvieran que ajustarse a las creencias: la terapia debía ser cortada a la medida del paciente y no a la inversa.

Sus alumnos, fueron los que se empeñaron en desarrollar una estructura de lo que él hacía, y así fue como surgieron diversos modelos, entre los que se encuentran: El modelo de terapia breve centrado en problemas del MRI (Jackson, Watzlawick, Weakland y Fisch); la terapia estratégica de Haley y Madanes; la terapia orientada a la solución de O'Hanlon,; la terapia centrada en soluciones de De Shazer; la terapia psicobiológica de Rossi; la programación neurolingüística de Bandler y Grinder; así como los llamados neoericksonianos entre los que se encuentran a Zeig, y los esposos Lankton (Camino Vallhonrat y Gibernau Balcells, 2009; de Shazer, 1990; Fisch, Weakland, y Segal, 1984; González Montoya, 2004; Haley, 1991; O'Hanlon, 1993; Téllez, 2007; y Watzlawick, Weakland, y Fisch,1992).

Cabe destacar que, en el Congreso Internacional de Terapia Familiar celebrado en Roma en el año 2000, Milton Erickson figuró como uno de los nueve pioneros de la Terapia Familiar (Haley, 1991).

De la cibernética, la teoría de la comunicación humana, el constructivismo y la teoría de intervención terapéutica de Erickson, emergieron los primeros modelos de terapia familiar como son, el enfoque centrado en problemas del MRI, la terapia estratégica de Haley e incluso la terapia sistémica del grupo de Milán.

Todos ellos describieron su experiencia del trabajo con las familias, realizaron investigaciones, discutieron e incluyeron postulados o ideas de otros autores como a Maturana y Varela. Sin embargo, los postulados que conformaron a los primeros modelos de terapia familiar fueron sometidos a críticas y discusiones desde diferentes frentes, entre ellas el feminismo, el constructivismo y el construccionismo social, y de ellos surgieron nuevas propuestas de abordaje en terapia, como fue la terapia narrativa y el enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje, o mejor conocido como enfoque colaborativo, en el que se sitúa este tema.

2.1.5 Constructivismo.

El constructivismo buscó dar respuestas desde las bases biológicas de las percepciones, conductas, cogniciones, y emociones que permiten describir al observador y su relación con su “realidad”. Es considerado como una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, y postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, un modelo o “mapa” que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece principios evolutivos de selección (Limón Arce, 2005).

Retomando elementos de la biología y de la teoría de Jean Piaget, el constructivismo postula que las estructuras orgánicas y cognoscitivas evolucionan de manera similar, esto es, a través de procesos de selección que operan por medio de “ensayo y error”, y en donde las experiencias adquiridas se transforman en hipótesis para orientar la acción futura de los organismos. Para esta perspectiva, los sistemas vivientes son sistemas cognoscitivos, y la vida, un proceso de conocimiento (Limón Arce, 2005).

Uno de los principales autores que ha influido en la terapia familiar, es Humberto Maturana, un neurobiólogo chileno quien junto a Francisco Varela propusieron el término autopoiesis para referirse al proceso mediante el cual interactúan las partes de un sistema hasta que producen la organización del mismo. Dell (1985) explica que a partir de esto, Maturana ha procedido a establecer una hipótesis generativa: somos unidades autopoieticas determinadas por la estructura, que operan en acoplamiento estructural con el medio.

A su vez, esta hipótesis ha sido capaz de generar (y de este modo explicar):

- (a) la relación entre los organismos y su medio;
- (b) la naturaleza del acoplamiento estructural de los organismos de uno al otro;
- (c) la naturaleza de los sistemas sociales;
- (d) la manera en la que el lenguaje se presenta;
- (e) la naturaleza del lenguaje;
- (f) la naturaleza del observador;
- (g) la manera en la que nosotros, como observadores, operamos en el lenguaje, hacemos distinciones, suscitamos realidades, y de este modo;
- (h) cómo el mismo Maturana, como un observador, ha sido capaz de avanzar a la hipótesis muy generativa, que especifica todo lo anterior, incluyendo su propio funcionamiento como ser humano, que hace tales distinciones y avanza en tales hipótesis.

La idea que el observador es parte de lo que observa, que necesariamente afecta lo observado, y por lo tanto toda descripción acerca de observaciones y modelos, es necesariamente una descripción acerca de quien genera esa descripción, afectó de manera dramática toda teoría y práctica, dando un giro para analizar lo observado, pero también analizando al observador mismo (Sluzki, 1987).

Se han explicado dos de los marcos que proponen un análisis de la complejidad en la que vivimos, los cuales permiten salir de la visión Newtoniana de causa/efecto y establecen una distinción entre el trato de la información y la conducta como objeto de estudio.

Haciendo un recuento, se ha hablado sobre la cibernética y como se importaron conceptos de esta ciencia del control y la comunicación, heredados a su vez de la termodinámica, para estudiar las interacciones dentro de los sistemas y a su vez, como interactúan entre ellos. La segunda cibernética, revolucionó la percepción de lo objetivo y de las limitaciones de lo sensible.

Bertrando y Toffaneti (2005) mencionan que la cibernética de segundo orden y el constructivismo fueron considerados como sinónimos para los terapeutas familiares, obteniendo del segundo, la visión biológica para observar al observador, evidenciando los límites y capacidades del sistema nervioso, de la autopoiesis y de la evolución.

Conjunto a lo anterior, a continuación, se abordará el marco socioconstruccionista, el cual resulta como una balanza al agrupar en la terna de lo biopsicosocial al lenguaje, a lo político, a lo ético y en general, a todo aquello que como sociedad construimos en relación a los otros y cómo afecta a nuestras formas de relacionarnos con el entorno.

2.1.6 Construccionismo social.

El construccionismo social se refiere a un movimiento en la cultura que se aleja de la búsqueda y creencia de verdades fundamentales. Ha sido descrito como “una teoría lingüística que propone que el mundo social no puede ser tratado como un sistema objetivo” (Pardeck, Murphy y Jung, 1994, como se citó en Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005; Gergen y Gergen, 2011).

El construccionismo social ha sido ligado al posestructuralismo, y asociado con los escritos filosóficos de Mijail Bajtin, Jacques Derrida, Michel Foucault, Jean François Lyotard, y Ludwig Wittgenstein. Este marco de pensamiento, busca desarrollar un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico como algo objetivo y fijo. No asume que la construcción social sea atribuible a un único individuo, o grupo, sino que es una creación socialmente compartida.

En suma, el construccionismo social rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno) del modernismo, y se ha caracterizado por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido (Anderson y Gehart, 2007; Gergen y Gergen, 2011; y Anderson, 2012).

De acuerdo a Gergen y Gergen (2011):

La idea fundamental de la construcción social parece bastante sencilla, pero a la vez profunda: todo lo que consideramos real ha sido construido socialmente. O lo que es más radical, *nada* es real hasta que la gente se pone de acuerdo en que lo es (p. 13).

El construccionismo social está interesado en explorar las maneras en las que el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia moldean nuestras visiones acerca de la realidad, la verdad y el conocimiento (Hollinger, 1997; como se citó en Biever, et al., 2005).

Los elementos de incertidumbre, impredecibilidad y desconocimiento no equivalen necesariamente a nihilismo, solipsismo o relativismo. Prescindir de la noción de verdad no significa que “nada exista”; adoptar una posición plurista no significa que “todo valga”. Por el contrario, se trata de destacar la importancia de las perspectivas de una tradición cultural subyacente a la definición de “realidad” por parte de un individuo o un conjunto (Gergen y Gergen, 2011; Kuhn, 1970, como se citó en Anderson, 2012).

Por lo tanto, para el construccionismo social, el centro de atención no son los objetos o conceptos de la “realidad”, sino lo que significan para las personas.

El pensamiento posmoderno pretende avanzar hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Lyotard, 1984; Madison, 1988; como se citó en Anderson, 2012).

En el avance a prácticas terapéuticas apegadas a este pensamiento, diversos autores han presentado los supuestos principales bajo los que trabajan, explicando su entendimiento sobre los significados relacionales, comparándolos con los supuestos tradicionales y contemplando algunos problemas que surgen de estos.

A continuación, se exponen los supuestos que proponen Gergen y Warhus (2003), quienes puntualizan que no intentaban presentar una base para la terapia, ni formular algún canon sobre la terapia posmoderna, lo cual sería contrario al construccionismo social (p. 2).

2.1.6.1 Supuestos presentes en los diálogos emergentes sobre el proceso terapéutico.

1.- Del énfasis en los fundamentos a la flexibilidad.

Los enfoques terapéuticos tradicionales derivan de los fundamentos racionales del conocimiento. Para el construccionismo social, las teorías sobre el comportamiento humano no solamente se derivan de la observación, sino que también, se generan a partir de “convenciones de inteligibilidad”, las cuales son un acuerdo de interpretaciones de las observaciones del mundo por parte de un grupo específico, con lo cual, condicionan como observan las demás personas a través de éstas.

Con base a este razonamiento, el construccionista invita a abandonar la búsqueda de fundamentos. Invita a soltar la competencia entre las diferentes escuelas de terapia.

Para el construccionista todo conocimiento es una construcción, una construcción que está inmersa en una cultura. Es por ello que, la terapia requiere de discursos múltiples, incluyendo el cultural, porque cada inteligibilidad nueva enriquece el rango y la flexibilidad de la interacción. En cuanto a la práctica terapéutica, se invita al terapeuta a enriquecerse con la inteligibilidad terapéutica, a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto inmediato.

Sin embargo, Gergen y Warhus (2003) no demeritan las bases teóricas de la psicología, ni piden desinteresarnos por los resultados terapéuticos.

El intento construccionista, entonces, no representa un abandono de los valores tradicionales; más bien, 1) amplía el rango de los valores considerados, puesto que cualquier resultado puede ser visto como positivo; y 2) moviliza diálogos donde se discuten los valores, o los resultados. De esta manera, el tomar en cuenta criterios múltiples sobre el “estar bien”, no solo amplía el dominio de “lo adecuado” sino que genera un mayor discernimiento sobre “lo bueno”; donde, cuando y para quien.

2.- Del esencialismo a la conciencia de una construcción.

Para el construccionismo no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común. Por supuesto, esto no significa que “nada existe” o que “nunca se puede conocer la realidad”, sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente.

Así, que es más útil afirmar que el construccionismo se opone a la tendencia a esencializar el lenguaje, o sea, se opone a usar las palabras como si fueran imágenes, mapas o réplicas que existen independientemente del que interpreta.

3.- De la creencia en ser experto a la colaboración.

Este es el contexto dentro del cual la teoría construccionista invita a que el terapeuta considere alternativas a la posición tradicional de autoridad, y que tome una posición de colaboración al acercarse al cliente.

Con respecto a este supuesto, Anderson y Goolishian (1992 y 1997 proponen una asociación colaborativa con el cliente, donde el terapeuta es alguien que “no sabe”. Esto se basa en:

la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada y que nunca podrá entender al otro completamente, por lo que siempre necesitará que el otro le informe, siempre tendrá que aprender más sobre lo que se dice y lo que no se dice (como se citó en Gergen y Warhus, 2003, p. 7).

De allí que “la interpretación sea siempre un dialogo entre el terapeuta y el cliente, no el resultado de narrativas teóricas predeterminadas” (p.7).

4.- De la neutralidad a la relevancia de valores.

Desde el punto de vista construccionista, el trabajo terapéutico necesariamente implica una forma de activismo político y social, se reconozca o no. Es por ello que, el terapeuta debe tener en claro cuáles son los valores y las ideologías que mantiene, ya que, estos afectan la forma en la que observamos las situaciones, y además pueda permitir cuestionarlos con los pacientes, sin que estos se vuelvan el centro de la terapia.

2.1.6.2 La construcción social y la práctica terapéutica

Gergen y Warhus (2003) trazaron cinco dimensiones de cambio, integrando las prácticas emergentes, junto con una re-teorización construccionista sobre la práctica clínica.

1.- De la mente al discurso.

Desde las perspectivas tradicionales la meta del terapeuta es transformar la mente individual. El construccionismo social propone establecer convenciones sobre aquellos aspectos que determinen lo que cuenta en la vida y como se debe evaluar.

La narrativa y la metáfora, en el sentido construccionista, son tan solo una forma de discurso, no determinan nuestra acción, son únicamente recursos que nos sirven para generar significados conjuntos (Gergen y Kaye, 1992; Newman y Holzman, 1999, como se citó en Gergen y Warhus, 1996, p. 10).

Proponen que, si aceptamos que las historias que nos contamos son acciones sociales, como los medios con los que nos relacionamos con el mundo exterior, cuando estas formas de relacionarnos con el mundo, constriñen o hacen que nos sintamos a disgusto, se buscará establecer nuevas maneras de relacionarnos, y el dialogo terapéutico, puede funcionar como estímulo para el cuestionamiento y la reflexión, pero no es la única manera para llegar al cambio.

2. Del self a la relación.

La mayoría de las prácticas terapéuticas del siglo XX, han aislado al individuo para curarlo; y sus relaciones con los demás se deducen a través de lo que en privado dice de ellas. Así, su self independiente es la materia prima con la que construye sus relaciones, que son elementos secundarios o artificiales.

La transición construccionista de la mente al discurso, le ha dado un lugar central a la relación. Wittgenstein (1953) afirma: “ las palabras no obtienen su significado de su capacidad para describir la realidad, sino de su utilización en la interacción social, el lenguaje es fundamentalmente un fenómeno relacional” (como se citó en McNamee y Gergen, 1996, p.210) o como decía Shotter (1984) “el lenguaje no está compuesto de la acción individual, sino que es una acción conjunta” (como se citó en Gergen y Warhus, 2003, p.11), por lo tanto, los significados, emergen continuamente en el proceso relacional.

El cambio a lo relacional abre caminos a prácticas nuevas, donde se pretende dar centralidad a la interacción, pero no por ello, se debe abandonar la exploración del self, las emociones, recuerdos, deseos e incluso abarcar a las relaciones significativas.

3. De la singularidad a la polivocalidad.

A las terapias tradicionales les fascina la metáfora de lo singular y unificado. Se han comprometido con la idea de que existe una sola verdad. Más aún, el ideal tradicional del self, afirma que posee un mundo mental coherente, integrado y unificado. Sin embargo, el construccionismo acepta que existen diferentes construcciones de lo real, cada una válida dentro de su propia comunidad, lo que le quita vigencia al concepto de “verdad única y coherente”, pues es simplista y potencialmente opresora.

4. De los problemas a la potencialidad futura.

La terapia tradicional se basa en el modelo médico, donde los problemas de los “pacientes” se definen como patologías, dificultades de adaptación, relaciones disfuncionales y demás. Por lo tanto, la tarea del terapeuta radica en diagnosticar a la persona y eliminar al problema.

El construccionista piensa que el “problema” es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación, y postula que es un error suponer que existen “problemas” o enfermedades independientes de la interpretación que hacemos de ellos.

Para el construccionista, el definir el mundo en términos de problemas equivale a esencializar, reificando así la realidad, y cuando el terapeuta elige explorar los problemas de su paciente, los magnifica haciendo palpable la realidad conversacional. Con esto, disminuyen las opciones y aumenta la angustia. Además, la terminología usada para diagnosticar tiene otro defecto: ubica el problema en el cliente, haciéndolo dependiente, al tiempo que el terapeuta se convierte en experto. Y aún más bloquea los relatos alternativos, especialmente los que relatarían las condiciones de opresión.

Cabe señalar la importancia de reconocer los defectos de este enfoque orientado hacia el futuro. Anderson (1997, como se citó en McNamee y Gergen, 1996) apunta que es esencial honrar la realidad del cliente. De acuerdo a O’Hanlon (1996) “es importante que el terapeuta reconozca el dolor y el sufrimiento de las personas, así como también sus puntos de vista, acerca de sus problemas (...) dejando al mismo tiempo abiertas las posibilidades de cambio” (como se citó en McNamee y Gergen, 1996, p. 167).

5. Del insight a la acción.

La terapia tradicional privilegia los déficits psicológicos del individuo, percibiendo a la psique humana como el lugar donde se da el cambio. En ella domina la creencia de que una terapia exitosa depende del cambio en la mentalidad del individuo. También, se cree que el cambio se da dentro de la relación terapéutica, y se espera que una vez que este cambio se da en terapia continuará fuera de ella.

El enfoque construccionista postula que, el proceso de generar significados es continuo, y que con frecuencia su forma y contenido, cambian de una relación a otra. Al ubicar la fuente del significado en el proceso dialógico, este se empieza a percibir como una actividad social, ya no como algo que se origina en el interior de una mente individual, donde queda almacenado para su uso futuro.

Tanto los supuestos presentes en los diálogos emergentes sobre el proceso terapéutico, como las propuestas para la práctica clínica, permitieron el desarrollo del enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje, el cual se explicará en el siguiente apartado.

2.1.7 El enfoque colaborativo en un marco terapéutico conversacional.

El enfoque colaborativo fue desarrollado por Harlene Anderson y Harry Goolishian. Sus raíces provienen de la Terapia de Impacto Múltiple (o MIT por sus siglas en inglés), proyecto de investigación terapéutica de la University of Texas Medical Branch in Galveston, donde Harry Goolishian participaba. Este proyecto estaba influenciado por las investigaciones de la teoría de comunicación humana, y trazó las vías para el desarrollo del enfoque colaborativo (Anderson, 2005; Anderson y Gehart, 2007; y Anderson, 2012).

El estudio de los teóricos clínicos y constructivistas del MRI, influyeron a este grupo y los inspiraron a sumergirse en el lenguaje y su relación en terapia. Por lo que su interés en el lenguaje creció hacia la atención en las nociones de conversación y dialogo, particularmente en la generación o transformación de tales. A partir de esto, incluyeron en sus estudios a la hermenéutica contemporánea, el construccionismo social y la posmodernidad, y a filósofos y teóricos como Wittgenstein, Vigotsky, y Bakhtin, posteriormente a Gergen y Shotter.

A lo largo del tiempo, el interés e implicaciones de estas nociones influenciaron un dramático giro ideológico para conceptualizar y trabajar con los sistemas humanos (Anderson, 2005; Anderson y Gehart, 2007; y Anderson, 2012).

El enfoque colaborativo posmoderno que describe Harlene Anderson (2005, 2007, y 2012), se basa en las siguientes premisas filosóficas:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.

4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
5. El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

2.1.7.1 Perspectivas filosóficas que apoyan el enfoque colaborativo.

En la hermenéutica como en el construccionismo social se observa a los sistemas humanos, como entidades complejas integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden. Ambos examinan los supuestos que mueven a las creencias y prácticas cotidianas: cómo producimos y comprendemos a los individuos e instituciones sociales; cómo participamos de lo que creamos, vivenciamos y describimos (Giddens, 1984, como se citó en Anderson, 2012).

A continuación, se abordarán cada uno de estos marcos, de acuerdo a su influencia con el enfoque colaborativo.

1. Hermenéutica

Anderson (2012) describe que:

La hermenéutica se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete (p.74).

La hermenéutica “sostiene que la comprensión siempre es interpretativa, que no hay punto de vista único o privilegiado para la comprensión” (Hoy, 1986, como se citó en Anderson, 2012 p. 74)

Gadamer (2004) expone de manera poética que:

Es tarea de la hermenéutica elucidar el milagro de la comprensión, que no es una comunión misteriosa de las almas, sino una participación en el significado común. El objetivo de todo entendimiento y de toda comprensión es el acuerdo en la cosa (p. 64).

Heidegger afirmó que se escucha y se entiende aquello que se busca y se oye, que no se puede procesar todos los estímulos que se perciben y para aprehender el significado de lo que sucede, se tiene que seleccionar aquello que se observa y se escucha. Por lo que en el acto de crear significados se simplifica. En consecuencia, la forma de entender influirá directamente en cómo nos relacionamos con nuestro mundo y con las personas que lo conforman (Andersen, 1995).

Desde una perspectiva hermenéutica, la comprensión se sitúa en el lenguaje, en la historia y en la cultura; “el lenguaje y la historia son las condiciones y los límites de la comprensión” (Wachthausser, 1986, p. 6, como se citó en Anderson, 2012). Gadamer (2004) declara que el movimiento de la comprensión discurre del todo (lo global) a la parte (lo local) y de nuevo al todo.

Las prácticas lingüísticas en las que estamos inmersos y el preconocimiento de nuestro pasado, lo que Heidegger llama nuestro horizonte, influyen, informan y limitan nuestras comprensiones, nuestra significación y nuestras interpretaciones (Andersen, 1996).

Para Gadamer (2004) la comprensión de un texto está ligada a un proyecto, el cual crea ciertas expectativas sobre un determinado sentido. Estas expectativas pueden ser denominadas prejuicios, y es tarea del intérprete poner a prueba sus prejuicios y su validez.

Cuando un intérprete intenta comprender un texto, su abordaje deberá estar dispuesto a cuestionar sus prejuicios y observar las diferentes interpretaciones del texto.

Cada revisión del proyecto, puede generar un nuevo sentido y los pre-conceptos pueden ser sustituidos por conceptos más adecuados en esta distinta interpretación; todo este constante re-diseño que constituye el movimiento de la comprensión y la interpretación, sería llamado por Heidegger como Circulo Hermenéutico.

Ante esta situación Gadamer (2004) invita a guiar la comprensión por una intención metodológica, que no busque confirmar las anticipaciones o prejuicios, sino que intente tomar conciencia de éstas para controlarlas y obtener una comprensión más amplia de las mismas.

Desde una perspectiva hermenéutica, si toda comprensión es interpretativa, entonces es imposible lograr una comprensión verdadera; el significado de una persona, no puede ser comprendido plenamente, y mucho menos reproducido, por otra persona. La verdad no puede ser revelada; no hay una descripción correcta ni una interpretación correcta de un acontecimiento. La verdad se construye a través de la interpretación de los participantes, y es contextual (Andersen, 1996).

La hermenéutica debe partir de este principio: el que intenta comprender está ligado a la cosa transmitida y mantiene o adquiere un nexo con la tradición de la cual habla el texto transmitido (Gadamer, 2004, p. 68).

Gadamer (2004) propuso tres herramientas para observar los prejuicios: el tiempo, ya que en relación a los cambios inherentes en el contexto se pueden distinguir entre los prejuicios verdaderos y falsos; el uso de las preguntas para esclarecerlos, y contrastarlos con otros prejuicios.

Las aplicaciones principales de la hermenéutica al sistema terapéutico, intentarán comprender la manera en la que hemos construido el significado de los eventos y experiencias en nuestras vidas, los límites lingüísticos (creencias y lo aún no dicho o percibido), y las relaciones que sustentan este entendimiento.

2. Construccinismo social

La importancia del construccionismo social, radica en el cuestionamiento de la forma en la que las personas alcanzan las descripciones, explicaciones y comprensiones de sí mismos y su mundo, así como de los significados atribuidos a estos (Anderson, 2007).

Los significados que se le atribuyen a las cosas, eventos, y a las personas, se establecen a través del lenguaje usado por y entre las personas mediante el diálogo, intercambios e interacción social. A esto Gergen y Gergen (2011) lo llaman suplementación, y Shotter (1993), acción conjunta.

En este sentido, para Gergen y Gergen (2011) los significados no son fijos ni permanentes, sino que son continuamente influidos, construidos y reconstruidos en el curso del tiempo. Por lo que la construcción de significados, ocurre en la pluralidad de complejas redes de relaciones y procesos sociales, dentro de los discursos locales y macro sociales.

El construccionismo social sugiere que existe una infinidad de formas de describir, explicar, entender y valorar los diversos aspectos del mundo. Sugiere tomar una posición reflexiva y crítica sobre los significados establecidos y no creer ciegamente en ellos (Anderson, 2007).

2.1.7.2 Los sistemas sociales como sistemas de lenguaje.

Anderson (2012) postuló que la acción social, es la fuerza que construye a través del lenguaje las redes de relaciones que constituyen un sistema, por lo que conceptualiza a los sistemas humanos como sistemas de lenguaje (Anderson y Goolishan, 1988; Anderson, Goolishan, Pulliam y Winderman, 1986, p. 112).

Desde la perspectiva posmoderna, el lenguaje es el vehículo primario mediante el que se construye y da sentido al mundo. El filósofo Ludwig Wittgenstein (1953) sugirió que el lenguaje permite la descripción y atribuye significado a lo que sucede. El lenguaje adquiere su significado y su valor a través de su uso: el significado de una palabra, está en su uso (como se citó en Anderson y Gehart, 2007).

Bajo esta perspectiva, el lenguaje limita y modela los pensamientos, conocimientos y expresiones sobre el mundo y sobre las personas. Por lo tanto, el lenguaje, es el vehículo de la búsqueda y el proceso a través del cual se trata de entender y crear significados.

Por lo tanto, se considera que en la posmodernidad el significado de las acciones y significados del lenguaje y por lo tanto de la persona, se encuentran en las conversaciones con los demás, ya sean de manera interna o externa.

Esto puede ser apoyado por las proposiciones de Wittgenstein, quien aseveraba que el lenguaje no proviene o se encuentra en el interior de la persona, sino que la persona existe en el lenguaje; que las palabras surgen primero, luego los pensamientos, y se busca el significado a través de las palabras (Andersen, 1996).

Para Bakhtin (1981), “La palabra forma un concepto de su propio objeto en una manera dialógica” (p. 279). Bajo esta perspectiva, las palabras no son las cosas, ni representan los objetos a los que se refieren. Por lo tanto, entre las personas, siempre se está intentando entender el significado y la forma en las que se utilizan las palabras (como se citó en Anderson y Gehart, 2007).

Andersen (1995 y 1996) planteó que las palabras forman el significado que se le otorga a los objetos, y estas a su vez influyen sobre la manera de vivir de las personas. Considera que son extremadamente físicas, muy corporales. Les otorgó un carácter y valor físico, señalando que “el estar en el mundo” equivale a “estar en el lenguaje” y a “estar en el movimiento (corporal)”. Es así como las palabras nos pueden tocar y hasta conmover, física y emocionalmente. En consecuencia, las palabras no son inocentes.

Anderson y Gehart (2007) explicaron que lo que es creado en, y a través del lenguaje es de autoría múltiple por parte de una comunidad de personas. La realidad que se le atribuye a los eventos, experiencias y a las personas en nuestras vidas, no existen en una persona o algo; por el contrario, la realidad es socialmente escrita dentro de una cultura particular y es continuamente modelada y remodelada en el lenguaje. El lenguaje, por lo tanto, es fluido y creativo, o como diría Andersen (1995) informativo y formativo.

Anderson (2012; 2007) define a un sistema terapéutico, como un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas (como mínimo, un cliente y un terapeuta) generan significación. Los sistemas terapéuticos se forman, y se distinguen como tales, en función de su pertenencia comunicacional (por lo general definida en términos de “problemas”). Los problemas, son producto del dominio lingüístico, y existen solo en nuestras descripciones, en nuestro lenguaje, son narrativas que evolucionan en la conversación. Un sistema terapéutico, por lo tanto, desarrolla su propio lenguaje y sentido, en función de su organización específica y de su forma específica de “disolver” el problema.

2.1.7.3 Los problemas existen en el lenguaje.

La mayor parte de las personas que buscan terapia dicen tener un problema. Para Anderson (2012), “el problema y su significado, son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas coordinadas en el lenguaje” (p. 113). Los problemas son definidos en el lenguaje, son una persona o una cosa que puede ser motivo de perturbación, preocupación, queja o alarma.

Una definición de problema es una posición que alguien toma, es un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado. En ese sentido, un problema puede ser definido desde tantas perspectivas como miembros haya vinculados a este. Cada uno de los miembros ofrece sus observaciones, descripciones, y explicaciones de un problema, incluyendo ideas acerca de su causa, localización y solución imaginaria. Cada problema es concebido de manera única, aún cuando dos problemas sean similares, ya que los sucesos o experiencias solo tienen significado en el contexto en el que ocurre (Anderson, 2012).

Para Anderson, “en el enfoque colaborativo se trata de crear un espacio para facilitar un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. Cuando esto sucede, los problemas comienzan a disolverse” (2012 p. 118).

Estas premisas filosóficas tienden a marcar al lenguaje como el centro, un mapa sobre el cual podemos ver los trazos de nuestras distinciones, las pautas recurrentes, y aquellos resquicios donde las narraciones no han sido cuestionadas. Al observar en conjunto al mapa (y por ende al territorio) con el cliente, se pretende comprender al mapa, como al que lo observa; así como el terapeuta tendrá que plantearse y plantear sus dudas al cliente sobre la relación terapéutica, y por qué observa lo que observa. Para todo esto, Anderson (2005, 2007, y 2012), propone utilizar cuatro premisas sobre el proceso terapéutico, que buscan que las observaciones sean lo más cercanas a la mirada del cliente:

1. Transformación.

Anderson (2007) menciona que prefiere la palabra transformación en vez de cambio. Considera que la palabra “cambio”, es comúnmente utilizada para describir la forma en la que una persona o algo hace para cambiar a otra, ya sea de manera lineal o circular.

Para Anderson (2007) la “transformación” o “cambio” ocurre continuamente; los significados, los cuerpos, siempre se mantienen en movimiento, por lo que existe siempre una sensación de continuidad en éste. Las personas se transforman lenta e inadvertidamente, manteniendo parte de la identidad de quien se ha sido, a la vez que nuevas y diferentes identidades se construyen.

Con la idea de lenguaje planteada anteriormente, puede ser entendido que la causalidad respecto al pensamiento humano o la acción no es posible: una persona no puede determinar unilateralmente la respuesta, percepción, interpretación o conducta de otra (...) Cada persona interpreta y responde de manera única a la información que percibe. La información, así como un observador no pueden influir en un sistema de manera predeterminada (Anderson, 2007 p. 10).

2. La metáfora narrativa.

La narrativa es una forma discursiva con la que se organiza, representa, se da sentido, comprende, se proporciona estructura, y mantiene la coherencia con las circunstancias, eventos y experiencias de las vidas de las personas (Anderson, 1997; Goolishian y Anderson, 1994, 2002). La narrativa, es la metáfora de un proceso; y no una forma de describir estáticamente el mundo o el comportamiento humano. A través de éstas, de las descripciones y el vocabulario, se crean, experimentan, se constituyen y comparten la comprensión de la naturaleza y la conducta humana de cada persona en relación a su entorno. Se utiliza el lenguaje, para construir y atribuir significado a nuestras historias, y sus límites reducen lo que se puede expresar y cómo se puede expresar (Anderson, 2005, 2007, y 2012).

3. El individuo como persona-en-relación.

Anderson (2007) plantea que desde la posmodernidad el "individuo" puede ser definido como "persona-en-relación" creado en la diada dialógica y relacional (lingüística y socialmente). El individuo está siempre en transformación, mediante la construcción y reconstrucción de identidades, a través de interacciones continuas con los demás. Se está continuamente formando y reformando el yo Por lo que las personas tienen tantas formas de ser e identidades, como las que se crean en las conversaciones.

4. El ser dialógico-relacional y la agencia.

La agencia se refiere a una sensación de competencia o capacidad para realizar o tomar medidas, tener opciones, y participar en la creación de opciones. Las narrativas que una persona puede tener de sí misma, pueden crear identidades y significados, que permiten o dificultan un sentido de agencia.

El rol del terapeuta es el invitar y fomentar un espacio y proceso dialógico, permaneciendo abierto a la inesperada novedad que puede emerger. En este proceso, las identidades y los significados se transforman en otros que permitan la sensación de agencia, diferentes formas de ser, y múltiples posibilidades respecto a circunstancias que los consultantes pueden denominar como problemas. Los significados y las acciones no pueden ser separadas (Anderson, 2007, p.18).

Las aplicaciones del construccionismo social en la terapia colaborativa, se verán reflejados en la forma en la que se co-construye el conocimiento y las posibilidades en terapia, dando paso a una terapia “horizontal”, que ronda en la indagatoria, y limpia de prácticas veladas o de ideas de “conocimiento privilegiado” a los terapeutas.

2.1.7.4 Enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje.

La conceptualización de Anderson (2012) sobre la terapia es: “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” (p.29).

Esta perspectiva, sugiere una colaboración entre terapeuta y cliente que tiende a ser horizontal, democrática e igualitaria. El sistema terapéutico coproductivo, es una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente coinciden cómo participar, co-definen límites y co-seleccionan las metas del tratamiento. Como terapeutas se debe respetar las ideas de los miembros del sistema, acerca de qué es lo importante para la conversación terapéutica y quién debe ser incluido en ella.

Más que un modelo terapéutico donde se reúnen técnicas, Anderson (2012) propone un cuerpo de ideas que distinguen la posición del terapeuta en el espacio dialógico, en el cual plantea alentar la agencia y ampliar las posibilidades a diferentes formas de estar en relación; a esto le llama, postura filosófica.

A continuación, se describirán algunas de las características de la postura filosófica que Anderson (2012) expone:

1. Compañeros en el diálogo.

En el enfoque colaborativo, el interés y la intención del terapeuta, consisten en establecer una oportunidad para el diálogo y, a través del dialogo, crear oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y su situación, en cuya invención o perfeccionamiento participen. Estas transformaciones, consisten en y resultan de la creación dialógica de una nueva narrativa.

En el proceso colaborativo, el terapeuta participa como consultor que facilita e indaga. La posición facilitadora, promueve un proceso que mantiene a todas las voces en movimiento y contribuyendo. Un aspecto central de esta postura, es la capacidad honesta y sincera del terapeuta para recibir, invitar, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente. En otras palabras, los participantes del dialogo, se transforman conforme el diálogo fluye. Un terapeuta quiere que cada participante en la conversación, sienta que su versión es tan importante como las otras. Esta es una posición de *multiparcialidad* (p. 138-139).

Desde un enfoque colaborativo, las preguntas siempre se hacen desde la *posición de no-saber*. Las preguntas formuladas desde esta posición, ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique una historia; ayudan a que la terapeuta aprenda sobre lo dicho y lo todavía no-dicho, y protegen de malentendidos.

Anderson (2012) llama a estas preguntas "*preguntas conversacionales*" y describe que, invitan al cliente a una indagación compartida. Estas, se alejan de la tradicional práctica estática de hacer preguntas basadas en una metodología o generadas por técnicas preestablecidas para recoger datos o validar hipótesis. Las preguntas conversacionales, convierten a la terapia en un proceso más dinámico.

2. Cliente y terapeuta como expertos, o lo que aporta cada uno.

Para Anderson (2012), en el enfoque colaborativo, ambos miembros del sistema terapéutico aportan su experiencia y expertez a la relación terapéutica. El cliente comparte sus experiencias vitales, sus narraciones, sus historias, sus emociones e ideas, su poder y autoridad.

El terapeuta comparte su habilidad para crear y facilitar un espacio de producción de diálogo. “Se puede interpretar que el terapeuta asume una postura de ‘Yo estoy aquí para aprender de usted, sobre usted’” (p.138).

3. Cliente y terapeuta se unen en indagación mutua.

Bajo el enfoque colaborativo, la terapia permite el desarrollo y utilización del estilo personal de un terapeuta. Cada terapeuta aplica esta filosofía a sus relaciones terapéuticas de una manera única, adaptada a su personalidad y su bagaje de experiencias, y a las características singulares de cada situación terapéutica: los individuos participantes, la importancia de la conversación y su contexto. En otras palabras, lo que un terapeuta dice y hace, cambia de un cliente a otro y de una sesión a otra.

El escenario para la colaboración, tiene que establecerse en el contacto inicial, y ser mantenido a lo largo de la relación. La postura, no es una técnica o una teoría. No es manipuladora, estratégica o artificial, como podría pensarse cuando se trata de entender cognitivamente. No es deliberada, como el uso de ciertas técnicas para lograr el objetivo deseado por el terapeuta en base al objetivo del cliente, sin embargo, es intencional, asumiendo que se actúa de cierta manera.

Cuando un terapeuta invita a un cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida. Cuando el terapeuta asume la postura filosófica reflexiva, el dualismo y la jerarquía entre el terapeuta y cliente colapsan, y la responsabilidad se comparte.

4. La postura de no-saber.

La posición de no-saber, se apoya en movimientos posmodernos como la hermenéutica contemporánea y el construccionismo social (Gergen, 1982, Shapito y Sica, 1984; Shotter y Gergen, 1989; Wachterhauser, 1986, citados en Anderson, 2012). Esta posición cuestiona el dualismo sujeto–objeto o conocedor–conocido. Se basa en el supuesto de que la creación dialógica de significados es, siempre un proceso intersubjetivo, que da lugar a posibilidades que el “saber” no permite.

El no-saber, acopia a una creencia, una decisión y una actitud. El no-saber, asume que la información del terapeuta es tan importante como la del consultante, que no se puede comprender completamente a otra persona, por lo tanto, siempre se necesita mantener la curiosidad, y un deseo de aprender más sobre lo que piensa y siente la persona y lo que en sus historias se ha dicho y lo que no se ha dicho.

Las interpretaciones desde la postura del no-saber se apoyan de una co-construcción en el contexto terapéutico entre el consultante y el terapeuta, y no solo de una “narrativa teórica privilegiada” de lo que el terapeuta entiende, su experiencia o modelo conceptual.

5. Hacer público.

Anderson define el “hacer público”, como la posición en la que el terapeuta está dispuesto “a revelar, compartir los diálogos y monólogos internos, sus pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones, temores; y acepta retroalimentación, evaluación y crítica” (2012, p.147) de su consultante.

El reflexionar puede estimular y garantizar la emergencia de múltiples voces y perspectivas en los terapeutas. Tanto como el cliente, el terapeuta puede tener muchos pensamientos – algunos compatibles, otros contradictorios.

El no-saber implica humildad acerca de lo que uno no sabe. El terapeuta está más interesado en aprender, lo que un cliente tiene que decir que, en buscar, exponer, validar o promover su propio conocimiento o intereses.

6. Confiando en la incertidumbre.

La postura de no-saber permite a los consultantes la oportunidad de cambiar de la manera en la que se considere adecuado, así como a los terapeutas mantener la responsabilidad de lograr los cambios que busca el consultante, pero permitiéndose la libertad de que ellos determinen la manera, intensidad y momento en el que ocurrirán. Es por ello que un elemento importante desde esta perspectiva es la confianza en la incertidumbre.

Voluntad de dudar. Desde el no-saber y la incertidumbre se requiere detener los discursos profesionales y personales para escuchar plenamente a las narraciones de los consultantes. Es importante no hacer interpretaciones definitivas, que encasillen a las personas o sus relaciones. Es necesario cuestionar lo que se piensa, lo que se sabe y no apreciar más el conocimiento profesional que el del consultante.

Voluntad de arriesgar. La incertidumbre invita a caminar, a conocer nuevas veredas, a aprender de aquello que el consultante dice. El conocimiento y el entendimiento son el horizonte.

Esta postura se distingue de otras debido a que no hay caminos definidos previamente, ni metas preestablecidas para el consultante ni el terapeuta. Cuando el terapeuta decide arriesgarse a ser un aprendiz con cada cliente, se libera de cumplir con las exigencias establecidas desde fuera del sistema terapéutico y permite que la relación terapéutica sea única.

Confiar y creer: El no-saber permite que los terapeutas no busquen “la verdad”, sino el entendimiento, que puedan creer y confiar en las historias que comparten los consultantes y que todas las versiones de la misma situación son válidas e importantes. “Se trata de una actitud y pericia orientadas al proceso de la terapia más que al contenido (diagnóstico) o el cambio (tratamiento) de estructuras patológicas” (p. 194).

7. La terapia como algo común, de la vida ordinaria

Cuando los consultantes acuden a terapia, desean la oportunidad de contar sus historias, es importante que el terapeuta resguarde este espacio, a través de ser curioso y abierto a las narraciones que los consultantes quieran contar, implica también trabajar con su realidad, con su lenguaje, vocabulario y metáforas.

Cuando el terapeuta se establece en una posición de no-saber y un deseo de aprender, se puede mantener la coherencia. Esta, abre un espacio para las sostener ideas nuevas y novedosas en un espacio familiar. Mantener la coherencia le da espacio al cliente para movilizarse y no gaste energía en convencer o proteger su historia de un terapeuta.

Mantener coherencia con el lenguaje de un cliente, nos permite acercarnos al desarrollo de una comprensión compartida localmente (dialógicamente) y a un vocabulario local (dialógico); un vocabulario desarrollado entre personas que dialogan (Anderson, 2012, p. 216).

Por lo tanto, el uso de un lenguaje cooperativo y colectivo, invitan al otro a la conversación, se tiende a incluir a los participantes, incluyendo al terapeuta. Se alienta a usar palabras, frases y metáforas que haga sentir a todos incluidos. Esto define que, bajo una perspectiva colaborativa, se procura una posición de hablar *con* el consultante, más que *acerca* del problema o solución.

Esta diferencia se genera en el modo como el terapeuta indaga. En numerosas investigaciones (Jones, 1986, 1993; Rosenhan, 1973; Snyder, 1984; como se citó en Anderson, 2012), se han demostrado que el observador influye en lo observado, no solamente viendo aquello que considera por sus preconcepciones, sino también participando de aquello que espera ver. Es por esto que la diferencia se encuentra en la intención de las preguntas elaboradas desde esta perspectiva, en una pregunta de contenido se buscan datos e información, se habla acerca del problema o solución; por otro lado, una pregunta de proceso facilita el diálogo, permitiendo al terapeuta hablar con el paciente. En un enfoque colaborativo, el terapeuta no controla la entrevista moviendo la conversación en dirección a un contenido o un resultado particular, ni es responsable de la dirección del cambio.

2.2 Metáforas en la co-construcción del mundo y sus significados

La palabra metáfora proviene del latín *metaphōra*, y esta a su vez del griego μεταφορά, que significa traslación.

Históricamente, se ha explicado la naturaleza de la metáfora y sus funciones por medio de dos teorías. La primera, la teoría de la comparación, planteada por Aristóteles (Angus y Rennie, 1988; Lyddon, Clay, y Sparks, 2001), donde la metáfora es definida como una serie de frases en la cual se hace una comparación entre dos o más entidades que son desemejantes literalmente.

Por lo tanto, desde esta teoría, la metáfora consiste en nombrar y/o describir una cosa que pertenece a alguna otra, y relacionarlas por las similitudes entre las dos (Angus y Rennie, 1988).

La definición de la Real Academia Española cae en esta teoría, describiéndola como: “un tropo que consiste en trasladar el sentido recto de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita, por ejemplo: ‘tiene vista de halcón’, ‘tan fuerte como un roble’”.

Esta definición muestra a la metáfora como un “tropo”, el cual es un elemento de la retórica, y que es definido como el empleo de las palabras en sentido distinto del que propiamente les corresponde, pero que tiene con este alguna conexión, correspondencia o semejanza.

La retórica es una forma de lenguaje nacida en la antigua Grecia, para hablar ante una asamblea política o ante los tribunales con fines claramente persuasivos, que era empleado para deleitar o conmover a su audiencia. Por lo que su origen no está vinculado a lo literario, sino a lo judicial, y estuvo estrechamente relacionado con lo político.

La segunda teoría que explica la naturaleza de la metáfora es la de la interacción (Black, 1962; y Richards, 1936; como se citó en Angus y Rennie, 1988), en la cual la metáfora es definida como un préstamo entre contextos de significado como “el artista que habla con pintura o arcilla”.

Desde la teoría de la interacción, Lakoff y Johnson (2005) sostienen que gran parte de las actividades humanas son de naturaleza metafórica, como: discutir, resolver problemas, calcular el tiempo, etc. Los conceptos metafóricos que caracterizan estas actividades, estructuran la realidad de las personas.

Por ejemplo, estos autores plantean que, una discusión es una “batalla”, a través de frases como: “tus afirmaciones son *indefendibles*, *atacó todos los puntos débiles* de su argumento, sus críticas dieron *justo en el blanco*, *destruyó* su argumento, *nunca ha sido vencido* en una discusión” (p. 40).

Lakoff y Johnson (2005) establecen que los conceptos que rigen el pensamiento estructurando lo que se percibe, la manera en la que las personas se mueven en el mundo, y en la que se relacionan con otras personas, son en gran medida de naturaleza metafórica. A través de su estudio lingüístico, encontraron e identificaron detalladamente muchas de las metáforas que estructuran la manera en la que se percibe, actúa y se piensa.

Estos autores, plantearon que la idea acerca de que las metáforas pueden crear realidades va en contra de la mayoría de las visiones tradicionales de la metáfora, ya que han sido solamente consideradas como un elemento de la retórica o un recurso de la imaginación poética. Solo como una característica del lenguaje, más que del pensamiento o acción.

Para ellos, la idea de que la metáfora es simplemente una cuestión de lenguaje y, a lo sumo, que puede describir la realidad, tiene sus raíces en la consideración de lo real, como algo totalmente exterior e independiente de la manera en que los humanos conceptualizamos el mundo, como si el estudio de la realidad fuese simplemente el estudio del mundo físico (p. 188).

Incluso invitan a considerar, que las distintas sociedades se han desarrollado en ambientes físicos radicalmente diferentes (junglas, desiertos, tundras, montañas, ciudades, etc.), por lo que los sistemas conceptuales, a su vez, dependen parcialmente de estos ambientes físicos, influenciando lo que es importante para cada una de estas culturas (p. 188).

Cada cultura define una realidad social en la que las personas desempeñan ciertos papeles que tienen sentido para ellos, por lo que la realidad social, definida colectivamente por una cultura, afecta la concepción de la realidad física (p. 188).

Debido a que la mayoría de las realidades sociales se entienden en términos metafóricos, y dado que la concepción del mundo físico, es esencialmente metafórica, la metáfora desempeña un papel muy significativo en la determinación de lo que es real para las personas (p. 188).

Por lo tanto, se puede considerar que las metáforas pueden crear realidades. Esto debido a que cuando se introduce una nueva metáfora en el sistema conceptual, y se empieza a actuar en sus términos, se puede alterar el sistema, así como las percepciones y acciones a que da lugar en el mismo sistema (p. 187). “Para muestra un botón”, en los estudiantes de la maestría en terapia familiar se presentan dos cambios epistemológicos importantes en su forma de pensar y actuar, a partir de la introducción a la metáfora cibernética y posteriormente a la metáfora narrativa.

Desde la teoría de la interacción, puede considerarse que se toman prestados términos de diferentes contextos para comprender las realidades físicas y sociales. Bateson (1988), utilizó la metáfora cibernética para explicar las interacciones entre individuos en un sistema, pero la forma en la que describía estas relaciones, a su vez, las realizaba de manera metafórica. Bateson consideraba que:

Cuando te encuentras con pautas circulares de causalidad, como siempre ocurre en el mundo vivo, el uso de la lógica te hará caer en paradojas. El equivalente cibernético de la lógica es la oscilación. La metáfora. Así es como esa gran estructura de interconexiones mentales se mantiene unida. La metáfora está en la propia raíz de la vida (Capra, 1988, p. 88).

Bateson (1988) consideraba las historias, parábolas y metáforas como expresiones esenciales del pensamiento humano, de la mente. La importancia de las historias en el pensamiento de Bateson, está íntimamente vinculada con la importancia de las relaciones. De acuerdo a Capra (1988), Bateson consideraba que:

La relación debería constituir la base de toda definición; la forma biológica es un conjunto de relaciones, más que de partes, y así es también cómo funciona el pensamiento humano, solía decir, es nuestra única forma de pensar (p. 89).

Bateson observó que en el mundo de lo vivo existen diversas causas circulares de interacción, por lo que la lógica, aun cuando se puede utilizar con mucha elegancia para describir sistemas lineales de causa y efecto, cuando se describen secuencias causales circulares, como ocurre en el mundo viviente, su descripción en términos lógicos genera paradojas.

Bateson explica que “la lógica es atemporal, mientras que en la causalidad interviene el tiempo. Si se introduce el tiempo, la paradoja se convierte en una oscilación” (Capra, 1988, pág. 89). Además, propone un ejemplo: “Piensa solo en el termostato, un simple órgano sensorial [...]. Si está encendido, se apaga; si está apagado, se enciende. Si es si, es no; si es no, es si” (Bateson, 1988 en Capra, 1988, p. 86).

Dado que las relaciones son la esencia del mundo viviente, de acuerdo a Bateson sería preferible hablar un lenguaje de relaciones para describirlo, y consideraba que esto es lo que hacen las historias. Estas, afirmaba, constituyen el camino real del estudio de las relaciones. “Lo importante en una historia, lo verdadero de la misma, no es el argumento, las cosas, ni sus personajes, sino las relaciones entre ellos” (1988, como se citó en Capra, 1988, p. 88). Bateson definía la historia como “un conjunto de relaciones formales dispersas por el tiempo” (Capra, 1988, pág. 91).

Según Bateson, la metáfora es el lenguaje de la naturaleza. La metáfora expresa similitudes estructurales, o mejor aún, similitudes de organización y, en este sentido, la metáfora era de interés primordial en el trabajo de Bateson. Fuera cual fuese el campo en el que trabajara, intentaba encontrar las metáforas de la naturaleza, “la pauta que conecta”.

Se ha establecido desde la teoría de la interacción que las metáforas pueden crear realidades, el pensamiento de Bateson se une a esto, explicando que “las metáforas son expresiones esenciales del pensamiento humano” y que “se encuentran en la raíz de la vida” (Capra, 1988, p. 88-89).

Ahora bien, estas ideas pueden ser respaldadas por las investigaciones clínicas y los postulados del constructivismo como los que Paul Watzlawick (1994) planteó en su libro “El lenguaje del cambio”. A continuación, se exponen algunas ideas establecidas en este libro, en torno a las metáforas.

2.2.1 La teoría de los dos hemisferios del cerebro

Watzlawick (1994) parte desde la distinción de que existen dos lenguajes. Uno de ellos, objetivo, definidor, lógico, analítico; relacionado con la razón, la ciencia y las explicaciones lógicas; a este también le denomina lenguaje dirigido o digital. Explica que sigue las leyes de la lógica del lenguaje, es decir, de la gramática, su sintaxis y su semántica; se relaciona con el hemisferio cerebral izquierdo, con el pensamiento estructurado, y también con la lectura, la escritura, el cálculo y en general, con todo lo relativo a la comunicación digital (p. 24).

El otro lenguaje, lo designa como “el lenguaje de la imagen, de la metáfora, del símbolo y, de la totalidad <no de la descomposición analítica>” (Watzlawick 1994, p.19). También lo llama lenguaje no dirigido o analógico, debido a que se funde con los sueños, con las fantasías, en las vivencias del mundo interior. Tiene sus propias reglas y normas “alógicas”, que se expresan, entre otras cosas, en los chistes, los juegos de palabras, retruécanos, en las alusiones y condensaciones. Este lenguaje, está relacionado con el hemisferio cerebral derecho, encargado de la comprensión unitaria de conjuntos complejos, muestras, configuraciones y estructuras.

“El hemisferio derecho dirige la percepción de una figura desde los más diversos puntos de vista y deformaciones perspectivas, además que consigue comprender la totalidad basándose en una de sus partes” (Watzlawick, 1994, p. 25).

Es especialmente importante el hecho que este hemisferio, le incumbe la construcción de los conjuntos lógicos y de las formaciones conceptuales. Esto significa que cuando se usan los conceptos como “mesa” o “árbol”, nos estamos refiriendo a abstracciones que, en cuanto a tales, no existen, sino que son, el conjunto lógico de todas las posibles “mesas” o “árboles”, tanto existentes como imaginables.

Eagleman (2018) plantea que, si bien los hemisferios no son idénticos, tienen capacidades y funciones que se repiten y se solapan. Explica que en el hemisferio izquierdo residen casi todas las capacidades del lenguaje y, por lo tanto, puede expresar lo que siente de manera lógica, por su parte el hemisferio derecho es mudo, pero puede pedir a la mano izquierda que señale, tome cosas, que escriba, etc.

El sustento de las anteriores explicaciones proviene de diversas investigaciones como las de Geschwind (1967; como se citó en Watzlawick, 1994) y Gazzinaga (1998a y 1998b; como se citó en McNamee, 2004), realizadas con pacientes con graves lesiones en un hemisferio cerebral, o con separación del *corpus callosum*, que es una masa de neuronas situadas entre los dos hemisferios y que permiten a estos estar comunicados. Estas investigaciones muestran que nuestros hemisferios cerebrales pueden funcionar con mutua independencia, por lo que Watzlawick (1994) lo describió como “tener dos cerebros”.

Esta diferenciación de las funciones cerebrales, implica no solo que las dos mitades no responden de la misma manera a unos mismos incentivos del medio ambiente, sino que, además, cada uno de ellos, solo reacciona a aquellos estímulos que caen bajo su competencia. Con base a lo anterior, se entiende que todo intento por influir en uno de los dos hemisferios, debe utilizar su “lenguaje” específico, para que la señal o comunicación alcance su objetivo.

Eagleman (2018) explica que no todos los procesos son conscientes, y que, en muchas ocasiones, solo los resultados son visibles. Señala que “el hemisferio izquierdo interpreta los actos de nuestro cuerpo y construye una narración en torno a ellos” (p. 164).

Las capacidades narrativas del cerebro, solo se ponen en marcha cuando existe un conflicto o algo resulta difícil de comprender; cuando una persona ha aprendido a realizar una actividad de manera automática, como el montar en bicicleta, el cerebro no necesita fabricar ninguna narración sobre lo que hacen los músculos (Eagleman, 2018).

Eagleman (2018) señala que el cerebro funciona todo el tiempo para darle una lógica a nuestras vidas cotidianas. “Inventar historias es una de las actividades básicas de nuestro cerebro” (p. 168). Esto lo realiza con el firme propósito de conseguir que los actos de los dos hemisferios tengan sentido. Lo cual se relaciona a lo mencionado por McNamee (2004), quien explicó que, a veces el cerebro izquierdo intenta definir lingüísticamente las expresiones del hemisferio derecho, generando interpretaciones que no necesariamente son ciertas.

Watzlawick (1994) sospechó que, en las personas sin alteraciones neurológicas, los dos hemisferios pueden conseguir un alto grado de integración y complementariedad a causa de sus distintas especializaciones, y, por lo tanto, supone que cada hemisferio toma, la dirección en aquellos casos en los que, es más competente que el otro, para dominar la situación concreta.

Esto no significa que la participación de ambos hemisferios en la resolución de problemas sea totalmente equilibrada, por lo que Gazzinaga (1998, como se citó en Watzlawick, 1994; y en McNamee, 2004), explica que, desde la primera infancia, el hemisferio que obtiene más éxito en la consecución de recompensas, se vuelve cada vez más dominante.

McNamee (2004), postula que la cultura occidental ha privilegiado las habilidades del hemisferio izquierdo, que las del derecho, y cita a Sperry (1983) quien declara: “Nuestro sistema educativo y la sociedad moderna en general discrimina en contra de una mitad completa del cerebro” (p.58).

Ahora bien, se puede considerar que en los casos donde no existe alguna alteración fisiológica en el cerebro, es normal que ambos hemisferios del cerebro entren en acción para resolver una problemática, considerando que el hemisferio izquierdo interpretará posteriormente las acciones del derecho.

Esto equivale a decir, que existen una variedad y multiplicidad de formas de entender al mundo, desde dos ángulos completamente distintos y que no son intercambiables, ya que la posición de uno o de otro, resultan ininteligibles para su contraparte.

La teoría de los hemisferios sugiere la hipótesis de que la separación conceptual entre procesos conscientes e inconscientes, (...) se deriva de nuestra posesión de dos consciencias que, en el caso ideal, colaboran y se complementan en integración armónica en orden a la comprensión y adecuado dominio de la realidad, pero que, en los casos conflictivos, no pueden comunicarse entre sí, porque les falta un lenguaje común (Watzlawick, 1994, P. 39).

Debido a que nuestros dos cerebros tienen diferentes formas de comunicarse y de entender lo que nos rodea, la terapia debe tener en cuenta estas diversas necesidades.

Para el autor de este documento, las culturas se relacionan en entornos físicos en los cuales existen papeles sociales de relevancia, lo cual genera la necesidad de dar un sentido a estas realidades sociales y físicas, a través de historias y de metáforas.

Estas historias y metáforas permiten que, en el cerebro, las actividades sociales de relevancia sean realizadas de manera automática, pero cuando se desarrolla un conflicto entre estas actividades automáticas y el entorno físico, social o individual, se buscan nuevas narrativas para dar explicación y solución a lo ocurrido. A través de estas narrativas cerebrales, se integran nuevos significados al sistema conceptual del individuo, lo que a su vez permite que las sociedades evolucionen a observar las realidades físicas y sociales de una manera distinta.

Las metáforas resultan un puente entre estos dos lenguajes, ya que, por una parte, permiten que el hemisferio izquierdo busque un reencuadre a las situaciones o acciones que se han realizado, a la vez que brinda al hemisferio derecho un nuevo elemento visual, y auditivo, que guarda relación con las historias que construye, para que pueda intervenir en la resolución de los conflictos de las personas.

2.2.2 Tradiciones en la psicología y sus usos de las metáforas.

A lo largo del tiempo, las metáforas han interesado a los terapeutas como medios para acceder a procesos y materiales inconscientes o intuitivos (Martin, Cummings, & Hallberg, Therapists' Intentional Use of Metaphor: Memorability, Clinical Impact, and Possible Epistemic/Motivational Functions, 1992), han sido relacionadas con la creatividad y el "insight", como herramientas para la comunicación terapéutica, como un mecanismo de defensa del cliente, así como una manera de expresar significados subjetivos (Angus & Rennie, 1988).

Lyddon, et al. (2001) consideran que la metáfora es central en al menos cinco procesos de cambio en terapia: en el desarrollo del vínculo terapéutico, en la simbolización y acceso de las emociones del cliente, para descubrir y confrontar los pre-entendimientos, para trabajar con las "resistencias" del cliente, y para introducir nuevos marcos de referencia.

Martin, et al. (1992) sugiere que las metáforas tienen funciones mnemónicas, epistemológicas y motivacionales, para promover el cambio en los clientes, ya que los estimula para consolidar un nuevo aprendizaje, comprensión y desarrollo de ideas.

Se han revisado algunas de las funciones de las metáforas que algunos autores han detectado desde diversos marcos epistemológicos, a continuación, se mencionan los usos y funciones que se le ha otorgado a las metáforas desde la teoría clínica de Erickson y del modelo estratégico del MRI.

2.2.2.1 Las metáforas desde la perspectiva de la terapia Ericksoniana.

Haley (1991), mencionó que Milton Erickson era un maestro en el campo de la metáfora; ya que ésta formaba parte del estilo de comunicación terapéutico que utilizaba con sus pacientes (Camino Vallhonrat y Gibernau Balcells, 2009; O'Hanlon, 1993; y Rosen, 2012).

Erickson y Rossi (1979), mencionan que el uso terapéutico de las metáforas, analogías y otros objetos literarios similares, puede ser entendido como estímulo para iniciar búsquedas inconscientes, que permiten evocar múltiples niveles de significado, y dirigen procesos para la creación de nuevos significados, patrones de comportamiento y dimensiones de conciencia.

Erickson creía que las personas poseen las capacidades y/o aptitudes necesarias para resolver sus problemas, probablemente aplicadas en otros contextos. Es por ello que utilizaba la metáfora como comunicación terapéutica para transferir estas aptitudes o capacidades (O' Hanlon, 1993).

Erickson (1971) relata que desarrolló gradualmente una “aproximación entremezclada”, la cual representó el factor más significativo en su aprendizaje para cultivar múltiples niveles de significado y comunicación, así como medio para realzar la evolución de la conciencia. Erickson utilizaba múltiples niveles de comunicación en un modo altamente determinístico para ayudar al paciente a reconocer ciertas dinámicas definidas. Sin embargo, en el mayor de los casos, los pacientes también aprendían cosas totalmente nuevas que ellos ni Erickson podrían haber previsto, esto es considerado como el aspecto no-determinístico de estas aproximaciones.

En las metáforas, Erickson encontró un método para comunicarse con el hemisferio derecho del cerebro, trazando una comunicación más lúdica que promovía la emocionalidad y evitaba la racionalización. Consideraba que, por ser un lenguaje centrado en imágenes, su contenido podía ser interpretado libremente y por lo tanto ser menos amenazante que una interpretación directa; además de que el paciente conservaba más tiempo estas imágenes y podía analizarlas o “trabajar” en ellas posteriormente.

Explicaba que son una herramienta muy útil ya que, podía redefinir o externalizar un problema, y daba mayor intensidad al mensaje que quería que el oyente atendiera (Pérez, 1994; y Camino Vallhonrat y Gibernau Balcells, 2009).

Rosen (2012) y Camino Vallhonrat y Gibernau Balcells (2009), mencionaron que existen ciertas similitudes entre el proceso de hipnosis y la entrega de una metáfora, en la que los pacientes suelen comprender de manera intuitiva el significado de lo narrado, sus símbolos y otras manifestaciones inconscientes. Ya que al despreocuparse de sus ideas y de sus problemas, se aproximan a lo que Erickson denomina “aprendizaje inconsciente”.

Erickson podía presentar las metáforas en estado de vigilia o durante la hipnosis. Y gracias a estas historias, el paciente advertía que existían nuevas posibilidades, que era libre de abrazar o rechazar tanto en el plano consciente como inconsciente y cambiar los esquemas de pensamiento arraigados y generar nuevas filosofías ajustadas a su situación.

Erickson y Rossi (1979) explicaron que la aproximación básica con la que trabajan directamente con el inconsciente, consistía en comunicarse en dos niveles. Utilizaban palabras con distintas connotaciones e implicaciones, para que mientras que el marco de referencia consciente del paciente está recibiendo la comunicación en un nivel, su inconsciente estaba procesando otros patrones de significado en el contenido de las palabras.

Erickson apuntó que era conveniente utilizar un “lenguaje coloquial o el propio lenguaje del cliente” para alcanzar fuentes profundas dentro del paciente. También, utilizaba procesos mitopoéticos como las analogías, metáforas, chascarrillos, adivinanzas, chistes, y todo tipo de juegos verbales e imaginarios, para comunicar en maneras que sobrepasaban o complementaban los marcos de referencia usuales del paciente.

Haley (1991) expuso que Erickson seguía una antiquísima tradición en su forma de narrar anécdotas y relatos. Los relatos de Erickson solían seguir pautas arquetípicas, como las que presentan los cuentos de hadas, las parábolas bíblicas y los mitos populares, incluyen a menudo, el tema de la búsqueda, sosteniéndose sobre la base de la cultura en la que participaba, donde mostraba rasgos particularmente norteamericanos.

Rosen (2012) explicó que no todos los cuentos didácticos de Erickson (y ninguno de ellos en su totalidad) estaban encaminados a aportar al inconsciente influjos positivos.

Algunos pretendían remover y traer a la conciencia una sensación de falta de vitalidad, de estancamiento o de inautenticidad. Siempre buscando que a pesar que sus narraciones no fueran épicas, las emociones que pudieran generar si las fueran. Para que el sujeto apelará entonces a sus propios recursos inconscientes a fin de remediar la situación.

O'Hanlon (1993) y Rosen (2012) mencionan que los cuentos didácticos eran siempre empleados por Erickson en conjunción con otros principios de su terapia, como la prescripción del síntoma, la utilización de la resistencia y el reencuadre.

En el libro *Hypnotherapy*, Erickson y Rossi (1979) declararon:

Captaba la atención del paciente merced a la sorpresa, el impacto, provocándole duda y confusión, y recurriendo ampliamente en sus relatos a inferencias tácticas, preguntas, bromas y retruécanos. Todas sus historias tenían estructura y argumento, a menudo con fin. Solían avanzar hasta un cierto "clímax", para dar lugar posteriormente a una sensación de alivio o de éxito (p.56).

Por su aguda capacidad de observación, no comunicaba sus interpretaciones de los enunciados verbales de sus pacientes, tampoco las no verbales; pero utilizaba la metáfora en sus maniobras terapéuticas a manera de comunicarse con el inconsciente, e incluso como una manera de recoger información a través de las reacciones y comunicaciones no verbales que los pacientes tenían al escuchar, responder o decir alguna metáfora (Haley, 1991).

Erickson y Rossi (1979) postularon que estos procesos son efectivos ya que utilizan las experiencias de vida del propio paciente y patrones previos de aprendizaje de manera terapéutica. Un chascarrillo o un chiste pueden sobrepasar un marco de referencia limitante y/o erróneo, y movilizar efectivamente procesos inconscientes en maneras en las que la intencionalidad consciente del paciente no pudo.

2.2.2.2 Las metáforas dentro de la Terapia Breve enfocada en la resolución de Problemas del MRI.

Nardone y Watzlawick (1992) explican que las metáforas, los relatos y las anécdotas minimizan la resistencia, transmiten sugerencias de manera velada, por lo que no implican una exigencia directamente al paciente, y por su poder de evocar emociones, imágenes e historias, permiten el cambio de sus esquemas perceptivos y cognoscitivos.

Mediante una serie de ejemplos, Watzlawick (1994) describe la manera en la que pone en uso el lenguaje del hemisferio derecho, dando cuenta de un lenguaje rico, complejo e intrincado. Primero utilizando los chistes, retruécanos (*puns*), las metáforas, las imágenes, etc., para ejemplificar la manera en la que las concepciones o ideas pueden cambiar con un toque de picardía e ingenio.

Watzlawick (1994) describe el uso de la metáfora como lenguaje figurado, entendido como la traslación de una situación a otra desemejante, conectada por ciertas similitudes. Por ejemplo, en el caso de frigidez le pidió a la interesada imaginarse, hasta en sus menores detalles, cómo deshiera en su casa su congelador. Describiendo meticulosamente como puede llevar a cabo este trabajo, desde donde comenzará, cuanto hielo habrá, cuales cosas encontrará, etc., hasta que la paciente pueda describir como podría conseguir deshelar el congelador de la manera más eficaz, como pondrá todo en orden y donde colocará las cosas que ya no le sirven.

Otra forma de lenguaje figurado que menciona Watzlawick (1994) son los poemas, a los que atribuye poder a través de las rimas y la musicalidad de los versos. Menciona también las comparaciones y parábolas plásticas.

Watzlawick (1994) explica, que la estructura del lenguaje figurado, es destacadamente primitiva. Le falta, la sintaxis lógica altamente desarrollada en la comunicación digital. En la práctica, esta peculiaridad se observa especialmente en la *ausencia de la negación*, es decir, en la negación de un contenido mediante las expresiones digitales *no, nadie, nunca, en ningún lugar*, y otras similares. Es difícil, sino imposible, expresar con recursos plásticos la idea de, que no es exacto un determinado contenido o no se ha producido determinado proceso.

Al respecto, Watzlawick menciona que “la frase *El hombre planta un árbol* no tiene mayor dificultad de expresarse mediante un dibujo. Pero no ocurre lo mismo con la idea contraria” (1994, p.63). Por lo que se concluye que todo deseo, o mandato es mucho más eficaz si se expresa en lenguaje positivo.

En relación al mismo tema, Watzlawick (1994), considera que son mucho más efectivas las formulaciones positivas, encausadas a la sensación de bienestar, más que aquellas que generan sensaciones aversivas. Como en el caso de una persona que se atiende por el luto, que se le diga: “en pocos días, usted sentirá una sensación de alegría y paz, mezclada con melancolía y dará gracias de haber estado con esta persona”; en vez de: “llorará tanto que se le acabarán las lágrimas, y cuando tenga la sensación que no puede llegar más al fondo, se levantará y comenzará a salir del luto”.

Un elemento importante del lenguaje del hemisferio derecho, es la compleción de una totalidad por la observación de una parte, a este fenómeno Watzlawick (1994) le denomina “Pars pro toto”.

Considera que, debido a este mecanismo, se puede encontrar casos en los que las personas tienen reacciones “extrañas” o de desesperación al vivir o presenciar un hecho que externamente podríamos atribuir como trivial. Como, por ejemplo, un caso en el que una mujer adulta pierde un bolígrafo completamente común, que la lleva a la desesperación y a un colapso. En terapia revela que temía olvidar la imagen de su padre, fallecido 3 años atrás. Lo recordaba escribiendo, pero en los últimos días no podía recordar lo que utilizaba para escribir, por lo que pensaba que en poco tiempo olvidaría a su padre. Esto podría ser considerado como una vivencia *pars pro toto*, en el que un hecho trivial pone al descubierto una desdicha más profunda que había podido ser eludida.

Watzlawick (1994) explicó que, dentro de la terapia uno de los usos posibles a este principio, es el de los cambios mínimos, en donde al proponer una acción concreta modificadora de la realidad, se consigue un cambio en un aspecto supuestamente superficial del problema total, y se advierte pronto que, el problema no es tan monolítico como al principio parecía.

Otro uso en terapia es, tratando de que una parte no solo pueda representar sustitutivamente el todo, sino también de que puede producir una nueva totalidad, posibilitando así la modificación de una concepción del mundo. Pero para poder inducir esta modificación a ciencia y conciencia, con participación del entendimiento y de la voluntad, es indispensable conocer la concepción del mundo que se debe modificar.

Una aplicación más de este principio es, el nunca intentar llegar a la solución total o definitiva de un problema, con el objeto de eliminar la idea de los éxitos totales o los fracasos definitivos; darle la posibilidad al cliente de ir, por sí mismo, más lejos de lo que el terapeuta parece considerar posible y, por tanto, podrá abandonar el tratamiento con mayor confianza en su propia capacidad para la solución de futuros problemas y con menor dependencia a la terapia.

Por último, Watzlawick (1994) señala la utilidad de los aforismos que son: “oraciones breves dotadas de unidad en sí, formuladas a menudo con gran capacidad expresiva” (p. 70). Estas oraciones, consisten en crear una conexión desconcertante o paradójica, entre dos conceptos o dos líneas de pensamiento.

Watzlawick retoma como un ejemplo de un aforismo formulado por el poeta húngaro Gyula Sipos: “Si no hay nada por lo que merezca la pena morir, tampoco la vida merece la pena” (1994, p. 70).

Watzlawick (1994) ofrece a manera de conclusión que:

Existen determinadas formas lingüísticas, que pueden calificarse particulares del hemisferio cerebral derecho, y que son singularmente apropiadas para la comunicación terapéutica. Es imposible presentar un catálogo de formulaciones terapéuticas, ya que requerirían una larga descripción anamnésica del contexto correspondiente (p. 79).

El autor de este reporte considera la razón por la que se han realizado pocos estudios sobre las metáforas, se debe a que éstas tienen que ver más con la relación, el contexto y el momento, que con una aplicación lógica y pautada como son ciertas intervenciones.

2.2.3 Propuesta de la observación y uso de las metáforas y analogías en el enfoque colaborativo.

Para el autor de este documento, la intención del describir una propuesta sobre el uso de las metáforas y analogías en la postura colaborativa, consiste en plantear una distinción basada en la información antes presentada, en las teorías de la interacción, y de la teoría de los distintos lenguajes de los hemisferios cerebrales.

También, se pretende establecer una diferencia sobre el uso que se le ha otorgado a las metáforas desde distintos modelos terapéuticos, y cómo se podría hacer uso de este lenguaje desde el modelo colaborativo.

Se desea abrir un espacio para la discusión de estas ideas y usos para una práctica terapéutica apegada a la ética y al contexto que cada terapeuta considera importante remarcar, esto no debe ser considerado como una guía, sino como un espacio para la reflexión.

Se ha entendido que las metáforas y analogías forman parte del lenguaje, un lenguaje que difícilmente puede ser dividido en la cotidianidad. Nuestros entendimientos son formados de diversas maneras y estos pueden ser elaborados desde metáforas y analogías. Bajo la metáfora narrativa que le da sentido al enfoque colaborativo, se puede establecer que las metáforas también son formas discursivas que organizan, representan, dan sentido, comprenden, proporcionan la estructura, y mantienen la coherencia con las circunstancias, eventos y experiencias en nuestras vidas.

Por lo tanto, también se crean, experimentan, y son compartidas por los individuos en la conversación y la acción con los otros y con uno mismo. Construyen y atribuyen significado a nuestras historias y sus límites, reducen lo que se puede expresar y cómo se puede expresar.

Es por ello que, en el sistema terapéutico, se pueden crear y experimentar con las metáforas para disolver el problema. Los miembros de este sistema las moldearán desde su perspectiva, añadiendo o quitando elementos, así como podrán proponer nuevas metáforas o dar paso a un lenguaje prosaico, dependiendo de aquellas formas de expresarse que para los consultantes sean lo más comunes y familiares. Lo importante, desde esta perspectiva, será el mantener la conversación, y generar un sentido de agencia, incluyendo la perspectiva de todos los miembros; generando, por lo tanto, transformación a medida que el dialogo fluye.

Esto también forma parte de la postura de “hacer público”, ya que las metáforas forman parte del entendimiento del terapeuta sobre una situación, así como sus pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones y temores; por lo que debe estar dispuesto a recibir retroalimentación, evaluación y crítica de sus consultantes.

El terapeuta intentará mantener la coherencia con el lenguaje de los consultantes, lo cual permitirá una comprensión compartida localmente y un vocabulario local. Entendiendo lo local como aquellas historias, bromas, uso de conceptos y lenguaje no verbal, que comprenden un grupo de personas en la comunicación y el aprendizaje del comportamiento entre ellos.

Esto quiere decir que el terapeuta, en medida de lo posible, debe generar un espacio para el diálogo, respetando las formas en las que se expresa el consultante, ya sea si lo hace de manera metafórica o lógica, intentando dar sentido a lo que habla a través de sus palabras, pero también dando espacio para el entendimiento del terapeuta, para así establecer oportunidades de autodeterminación y libertad.

Cada terapeuta adaptará su estilo personal a la terapia empleando su unicidad, su personalidad y experiencias, además de utilizar las características singulares de cada situación terapéutica: los miembros participantes y su contexto. No forzándose a comportarse de una manera establecida, permitiendo así libertad para el terapeuta y los consultantes.

Los objetivos del uso de las metáforas diferirán dependiendo del terapeuta, y de los consultantes.

Para el autor de este reporte es importante mencionar que en las relaciones e historias que se co-construyen en la terapia, dar rienda suelta a la creatividad, a la imaginación, y a los recursos, es parte de abrir posibilidades, no solo de los consultantes, sino también de los terapeutas.

Como explicaba Erickson, en un nivel no determinístico, los pacientes aprenden cosas totalmente nuevas utilizando diferentes niveles de comunicación, y es que, la belleza de las metáforas, radica en que, al no ser imágenes establecidas, cada persona puede obtener de ellas lo que necesita e incluso pueden ser aprendizajes, que conmuevan al terapeuta.

Desde esta perspectiva, siendo seres conversacionales (narrativos), el autor de este reporte considera que podemos encontrar modos de utilizar la metáfora de maneras impensables, tan diversas como el momento, el terapeuta, los consultantes o incluso alguien por fuera del sistema terapéutico pueda vislumbrar. A través de cuentos, chistes, películas, libros, el arte en general, incluso integrando elementos tan novedosos como los “memes”, videos, videojuegos u otros.

Se debe aquí enmarcar que si bien, esta postura de apertura busca ampliar la concepción de la metáfora como un elemento que construye la realidad, tampoco pretende dar por entendido que éste será el único elemento necesario para generar cambio. Lo que debemos considerar en esta postura, es que el objetivo será generar un sentido de agencia, a través de todos los recursos que se pongan en disposición durante la terapia, para disolver las situaciones consideradas problemáticas, ya sea a través de la solución práctica de ésta, o del descubrimiento y aplicación de nuevas narrativas más adaptadas a los deseos de los consultantes.

Por medio de las metáforas, podemos hacer del sistema terapéutico, un espacio para reflexionar, para co-construir posibilidades y para co-evolucionar como humanos. No sabiendo como pueden ser percibidas cada una de ellas y confiando en la incertidumbre.

CAPÍTULO 3.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1.- Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Casos atendidos:

Como parte de la Residencia en Terapia Familiar, los alumnos participan en la práctica terapéutica. Dentro de estas prácticas se participa en tres modalidades. La primera como observador, que es un estado de atención y análisis de las familias presentes en consulta, en el cual se pretende que el estudiante pueda resolver dudas que le surjan que se les presentan durante las sesiones.

Estos fueron los casos a los que el autor asistió como observador.

Sem.	Sede Clínica	No. de sesiones	Motivo de consulta	Terminación del proceso
1	CTF FESI	9	Problemas de confianza en la relación de pareja, debido a infidelidad.	Alta
1	CTF FESI	6	Problemas de pareja y conducta en su hija de 7 años.	Baja
1	CTF FESI	8	Dificultades con la hija mayor, debido a que padece epilepsia.	Alta
1	CTF FESI	6	Problemas en el subsistema parental, problemas económicos.	Baja
1	CTF FESI	4	Situación de manejo educativo con su hijo de 9 años.	Baja
1	CTF FESI	5	Problemas de pareja. Situaciones de educación con el hijo de 3 años.	Baja
1	CTF FESI	2	A partir del nacimiento de sus hijas gemelas, su hija mayor se muestra rebelde.	Baja
1	CTF FESI	9	Problemas familiares. Se siente mal, cambios importantes en su estado de ánimo.	Alta
1	CTF FESI	9	Problemas en la relación de pareja.	Baja

Cuadro 1. Casos atendidos como observador.

Posteriormente, al avanzar en la preparación teórica de los alumnos, la implementación de sus conocimientos se vuelve necesaria, es por ello que participan de dos maneras dentro de las sesiones terapéuticas. La primera forma es como parte del equipo terapéutico, en el cual buscan analizar y comprender las pautas familiares, y los interaccionales en los que aparecen los problemas. Los alumnos aportan su punto de vista a las situaciones y colaboran con el terapeuta en cargo y con la supervisora en turno.

Estos fueron los casos en los que el autor participó como parte del equipo terapéutico.

Sem.	Sede Clínica	No. de sesiones	Motivo de consulta	Terminación del proceso
2	CCH Azcapotzalco	3	Ex alumno del CCH, acude buscando apoyo porque le cuesta conciliar el sueño.	Baja
2	CCH Azcapotzalco	1	Joven que solicita ayuda ya que vive violencia de pareja.	Baja
2	CCH Azcapotzalco	4	Duelo por ruptura de una relación de pareja.	Baja
2	CCH Azcapotzalco	6	Conflictos en la familia, originados por el consumo de drogas en su hija.	Alta
2	CCH Azcapotzalco	8	Una madre pidió mejorar relación y comunicación familiar a raíz de la deserción escolar de su hijo adolescente.	Alta
2	UMF ISSSTE Tlalnepantla	5	Madre requiere ayuda para saber cómo manejar los problemas de conducta de su hijo de 11 años.	Baja
2	UMF ISSSTE Tlalnepantla	9	Madre con problemas con su hija, a raíz de su divorcio.	Alta
2	UMF ISSSTE Tlalnepantla	8	Madre preocupada por sus hijos por ser testigos de violencia intrafamiliar.	Alta
3	CTF FESI	3	Madre con problemas para manejar la conducta de su hijo de 9 años.	Baja

3	CTF FESI	3	Una mujer solicita el servicio porque no sabe cómo manejar la posible separación de su esposo.	Baja
3	CTF FESI	1 (Sesión Única)	Mujer busca apoyo para manejar culpas que tiene con su esposo e hijo al empezar a dedicarse más a ella.	Alta
3	CTF FESI	6	Padres preocupados por la conducta de su hija de 16 años.	Cierre.
3	CTF FESI	6	Problemas entre padres y su hija por su bajo rendimiento escolar.	Alta
3	CTF FESI	9	Madre preocupada por el estado emocional de sus hijos, a raíz de la separación con su padre.	Alta
3	CTF FESI	2	Mejorar la relación entre madre e hija.	Alta
3	CTF FESI	3	Madre preocupada por la relación que sostiene con su hija adolescente.	Alta
3	CTF FESI	9	Un hombre divorciado de 50 años solicitó trabajar su autoestima.	Alta
3	CTF FESI	4	Pareja con problemas de violencia, que desean separarse sin afectar a sus hijos.	Alta
3	CTF FESI	3	Monja de 45 años canalizada a raíz del duelo por el fallecimiento de su hermano mayor. Después se agregó el interés por tomar decisiones sobre un nuevo proyecto de vida.	Alta
3	CTF FESI	1	Una madre preocupada por dejar de educar con violencia a sus hijos.	Alta
4	CCH Azcapotzalco	7	Mamá preocupada por el consumo de marihuana que tiene su hijo de 18 años.	Alta
4	CCH Azcapotzalco	11	Padres preocupados por el consumo de narcóticos que tiene su hija, el cual le ha generado diferentes problemas.	Alta.

4	CCH Azcapotzalco	13	Madre preocupada por la agresividad que percibe en su hijo desde que ingresó al CCH.	Alta
4	UMF ISSSTE Tlalnepantla	7	Hija mayor adolescente presenta conductas de anorexia y bulimia.	Alta
4	UMF ISSSTE Tlalnepantla	8	Problemas familiares a raíz de la violencia intrafamiliar vivida: depresión en la madre, problemas de conducta y bajo rendimiento escolar en ambas hijas.	Alta
4	UMF ISSSTE Tlalnepantla	6	Mujer con deseos de separarse de su esposo, debido al alcoholismo y drogadicción.	Alta

Cuadro 2. Casos atendidos como parte del equipo de supervisión.

La segunda y última forma, es atendiendo directamente a las familias, como terapeuta principal. Estos fueron los casos en los que el autor participó directamente como terapeuta.

Sem	Sede Clínica	No. De sesiones	Motivo de consulta	Modelo utilizado	Terminación del proceso
2	CCH Azcapotzalco	13	Problemas con los hijos y problemas de pareja.	Estructural	Alta
2	UMF ISSSTE Tlalnepantla	1	Deseo de aceptar la orientación sexual de su hijo.	MRI	Baja
2	UMF ISSSTE Tlalnepantla	8	Violencia y problemas constantes en la pareja que afectaban a su hija.	Estructural MRI	Alta
3	CTF FESI	2	Problemas de conducta con el hijo de 3 años.	MRI	Baja
3	CTF FESI	4	Padres preocupados por la tristeza que muestra su hijo mayor.	Soluciones	Alta

3	CTF FESI	8	Problemáticas familiares, entre el hijo mayor, y su actual pareja, y de ambos con la madre.	Milán	Baja
3	CTF FESI	3	Lesiones autoinfligidas	Milán Soluciones	Seguimiento telefónico con avances significativos
3	CTF FESI	1	Impulsividad y agresión de parte del padre de familia con su esposa e hijas	Única sesión Estratégico	Alta
4	CCH Azcapotzalco	11	Adolescente con alucinaciones auditivas y visuales.	Colaborativo	Alta

Cuadro 3. Casos atendidos como terapeuta principal.

3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta.

A continuación, se presentarán los casos elegidos para el análisis teórico y metodológico. En estos, los nombres de los integrantes de las familias han sido cambiados para la protección de su anonimato.

3.1.2.1 Caso 1: Familia Sánchez Aguilar

- **Familiograma**

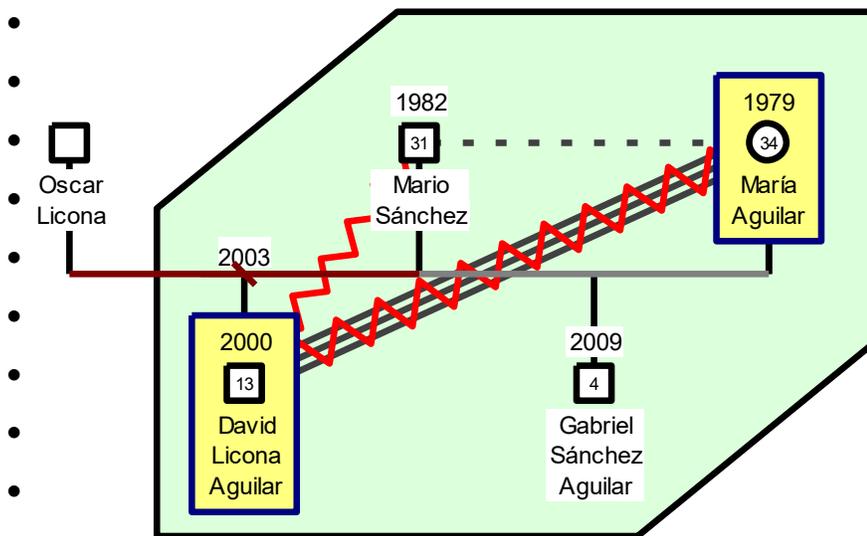


Figura 4. Familiograma Familia Sánchez Aguilar

- **Motivo de consulta:**

Se estableció comunicación con María, quien se autodenominó como la principal interesada para la atención. Ella deseaba mejorar la relación entre los miembros de la familia.

- **Antecedentes:**

Al inicio de la terapia, María compartió que su familia experimentaba diferentes problemas, entre ellos que, Gabriel cuando era un bebé sufrió hipoxia durante unos segundos al engullir un envoltorio de celofán, lo que le generó una “irritación en su corteza cerebral”.

María asociaba esta situación médica a la irritabilidad, impulsividad y problemas en el habla de su hijo. No obstante, se mostraba muy preocupada y molesta por el hecho de que los médicos no concordaban con sus ideas y no le brindaban un tratamiento eficaz.

Otro problema era la relación con su hijo mayor y su pareja, ya que constantemente discutían entre ellos, e incluso habían llegado al amago de violencia física.

Además, María reportó que se sentía frustrada debido a que no ejercía la carrera que había estudiado; aunado a esta situación, refirió que vivían en condiciones de hacinamiento, debido a que los 4 miembros de la familia coexistían en una habitación sin separaciones, en la planta alta de la casa de los padres de ella.

- **Objetivo terapéutico:**

Durante la primera sesión María comentó que deseaba que su familia se “llevara bien” entre todos y que los acuerdos que realizaran fueran respetados; por su parte David, describió que su objetivo al estar en terapia era para mejorar la relación con su familia y así evitar los altercados que tenía con ellos.

- **Hipótesis iniciales**

María señaló que el problema principal, era que David se mostraba rebelde, no cumplía con lo que se le pedía a pesar de que ella se percibía como comprensiva; David aceptaba las exigencias de su madre, señalaba a Mario como poco cooperativo y a su madre como sobrecargada por la situación de Gabriel y por las exigencias de su familia de origen.

María apoyaba la idea de que Mario no apoyaba en casa, pero cuando solicitaba su apoyo, él señalaba a David como flojo y lo comparaba con su propio actuar como adolescente en el que se tuvo que hacer cargo de su madre y sobrino ante el fallecimiento de su padre. María tampoco ponía límites a Gabriel debido a su “irritación en la corteza cerebral”, aun cuando varios especialistas le habían señalado que era importante poner límites en su conducta. Recurría a su familia de origen para la crianza de David, pero cuando le señalaban algún punto en el que no estaban de acuerdo, ella tendía a señalar que no podían criticar la manera en la que criaba a sus hijos.

Por lo que se consideró que la hipótesis era la siguiente:

David era el miembro que se tendía a mostrar más cooperativo y receptivo en la familia, y experimentaba violencia emocional cuando hacían comparativas de su persona, lo descalificaban, insultaban, e incluso llegaron a golpearlo.

David se mostraba de manera complaciente y sumiso ante el temor de generar que su familia se disolviera si él no cambiaba, también ante el miedo de que lo “sacarán” de la escuela o que fuera enviado con su padre biológico con quien prácticamente el vínculo era nulo. Se observó que deseaba cambiar para que estas posibles consecuencias pudieran ser evitadas y además por el deseo de ayudar a su madre a quien percibía que se encontraba sobrecargada, pero así mismo notaba que el hacerlo significaba abandonar sus deseos de individualidad, por lo que realizaba esfuerzos por no generar problemas, saltando entre el obedecer y evitar la violencia, y el ser un individuo.

David no consideró escapar a las exigencias, debido a que tenía interiorizadas las ideas de que al vivir fuera de casa era peligroso y que todos se podrían aprovechar de él. Es probable que se sintiera solo y al tener pocas habilidades sociales, esta idea pudiera retroalimentar estos miedos, por lo que resultaba mejor el permanecer dentro de la familia y vivir la violencia en la seguridad, que exponerse a los riesgos que implicaban salir; además de que mostró cariño por su madre.

Se infirió que María presionaba a David para que cambiara, dado que era el único en esta familia al que podía controlar. Observaba a Mario no como una pareja, solo como un proveedor, y le tenía lealtad debido a que había cuidado de David sin que fuera su hijo, por otra parte, cuando le reclamaba él no hacía caso, la tildaba de loca o señalaba que David era flojo.

María se mostraba molesta porque las decisiones que había tomado en su vida, no habían resultado de la manera en que esperaba, fue señalada por su familia por haber quedado embarazada y realizó muchas cosas para demostrar su valía ante ellos, como por ejemplo había terminado la relación con su expareja y volvió a estudiar, sin embargo sus planes se vieron truncados al quedar embarazada de Gabriel, situación que no esperaba y le generó una visión en su familia de origen de desvalorización o incapacidad.

En diferentes ocasiones, expresó que necesitaba el apoyo de alguien que pudiera hacer cargo de sus problemas o los pudiera resolver, y de esta forma ella pudiera intentar nuevamente realizar aquellos sueños que se habían quedado pendientes, hasta el punto de decir que ella podría abandonar la casa y a la familia en cualquier momento.

En relación a Gabriel se consideraba que si bien podría existir un problema orgánico este era exacerbado por la falta de límites.

A David se le exigía hacerse cargo de su hermano, el cual, al fallar, no solo era agredido por Gabriel, sino que María también lo señalaba como culpable de no poderlo controlar, por lo que daba un gran poder a Gabriel para hacer cualquier cosa, poder culpar a David y al final no tener consecuencia de sus acciones.

- **Modelo teórico de intervención:**

Se trabajó con el interrogatorio circular del Modelo de Milán, y algunas intervenciones de la Terapia Centrada en Soluciones como la tarea de la primera sesión.

- **Intervenciones terapéuticas:**

Durante la *primera sesión* se estableció el encuadre de las sesiones, para después indagar el motivo de la consulta. El objetivo inicial de la atención para María era que existiera una mejor relación entre los miembros de la familia y que los acuerdos que se realizaran fueran respetados, por su parte David, estableció que deseaba mejorar la relación con los demás miembros de la familia.

A través de preguntas lineales se comenzó a indagar la dinámica familiar que se gestaba ante las problemáticas referidas como sobre los aspectos que deseaban mejorar. María explicó que su esposo Mario y David peleaban mucho; a su vez David explicó que esto ocurría debido a que Mario consideraba que su madre lo sobreprotegía, pero David consideraba que buscaban cualquier motivo para pelear. Al final de la sesión, se les propuso realizar la tarea de la primera sesión de Steve De Shazer del Modelo centrado en Soluciones.

En la *segunda sesión* se presentó Gabriel el hijo menor de María, y se indagó la historia del embarazo y la explicación que tenían sobre el diagnóstico de irritación de la corteza cerebral izquierda, debido a una “apnea bilateral”; además, compartieron que, en diferentes instituciones médicas y psicológicas, le han dicho que Gabriel tenía problemas de límites, sin embargo, María no estaba de acuerdo, considerándolo como falta de atención hacia el caso de su hijo.

Posteriormente, se exploran los cambios iniciales, la dinámica y los límites familiares mediante preguntas circulares. En el mensaje se les propuso realizar la tarea de “como sí”, que consiste en comportarse como si el cambio que esperaban ya se hubiera logrado.

Durante la *tercera sesión* María y David comentaron que el sobrino de Mario, de nombre Alan de 16 años acudiría a su casa los fines de semana para prepararse para terminar la secundaria, con lo cual consideraba que la dinámica familiar cambiaría a raíz de su presencia. María se mostró preocupada por que Alan influenciara de forma “negativa” a David.

Se indagó acerca de cómo pudieron ponerse de acuerdo María y David, ante la decisión de que Alan los visitara los fines de semana, con lo cual evidenciaron que María acepto, por el agradecimiento que sentía hacia Mario, a quien consideraba que apoyaba y cuidaba a David como si fuera su hijo.

Después, el terapeuta señaló que existía ambigüedad ante las peticiones que María realizaba a David, ya que por un lado le pedía que obedeciera ciegamente, pero al mismo tiempo le pedía que tomará decisiones de forma independiente, por lo cual se le explicó que estos mensajes generaban gran confusión y además era imposible cumplir con ambas peticiones.

Al final de la sesión, el terapeuta, le solicito a David que observará las diferencias entre su comportamiento y el de otros adolescentes de su edad, además, le solicito a María que evitara etiquetar la conducta de sus hijos.

En la *cuarta sesión* se exploraron los cambios en la dinámica familiar por la presencia de Alan, identificando que David había influenciado positivamente a su primo, a través de observar su ejemplo como un joven responsable. Ante esta información, el terapeuta le planteó a David una serie de preguntas reflexivas sobre la influencia de su conducta sobre su primo y lo cual le permitió reflexionar sobre su conducta y lo que tenía que hacer para ser congruente con las peticiones que le hacía a su primo.

Después, se exploraron los resultados de las tareas solicitadas en la sesión anterior, señalando que ambos no lo habían realizado o pensado.

María compartió una lista de frases, que ella quería se consideraran como reglas de convivencia en su familia. Por ejemplo: “No todas las familias son como la nuestra, nosotros somos únicos y por esa razón somos especiales”, y “No llevamos los mismos apellidos, pero siendo una familia nos vamos a apoyar”.

Ante la ambigüedad de las frases, el terapeuta buscó aclararlas y distinguir como se tenían que cumplir estas reglas, para que pudieran observar su eficacia, ante lo cual David primero respondió que, si las entendía, aunque al paso de la sesión declaró que él tampoco comprendía su significado, lo cual generó que María externara su molestia e inconformidad ya que percibía no eran comprendidas sus necesidades.

En la *quinta sesión* se indagó sobre la historia familiar, sobre la relación con la familia de origen de María, sobre la relación con el papá de David, su separación y la relación que llevaba con David; también se exploró como era la relación de pareja con Mario, el nacimiento de Gabriel y la relación de Mario con la familia de origen de María, entre otros.

Se observó que el núcleo familiar se encontraba aislado debido a la mala relación de sus miembros con miembros de las familias extensas y que esto también ocurría con Mario, a quien en esa sesión comentó María que “no desempeña el rol de padre que ellos quisieran que tuviera”.

En el mensaje final se les dijo que: “David había sido el encargado de sacar todo este enojo y tristeza, por la falta de límites con la familia extensa de María, por la falta de apoyo por parte de Mario y la desesperanza por no saber cómo hacerlo”.

En la sexta sesión, David declaró que comenzaba a haber cambios en la relación con Mario, pero que cuando esto ocurría su madre y Mario peleaban. Se plantean comparaciones sobre la conducta de David con otros chicos de su edad, pero ambos rechazaron las preguntas argumentando que el terapeuta y el equipo terapéutico solo se debía centrar en él.

Al explorar la percepción que tenía David habló sobre Mario, describió que “es como un mago, que toma todas nuestras alegrías y sentimientos, las guarda en una caja mágica, las cierra con candado y la pone debajo de su almohada”.

Después se abordaron las inconformidades presentadas por las conductas de Mario, y las formas en las que habían intentado resolverlas. David, comentó que no recibía reconocimiento por parte de él, pero consideraba que su madre si lo hacía. María comentó que su pareja no se ocupaba de las actividades del hogar ni del cuidado y crianza de Gabriel, pero sentía que no podía reclamarle, ya que él aportaba el sustento de la familia y, además, la “había aceptado” con su hijo David; razón por la cual solicitaba que David la apoyara constantemente, necesitando que él fuera más activo, ya que ella cada vez se sentía más cansada.

En la *séptima sesión* a través de preguntas orientadas a futuro se abordaron los posibles riesgos del cambio y no cambio en la relación familiar. María argumentó que “el mundo es un lugar peligroso, en donde se fijan en los errores y los defectos”, por lo que con preguntas con sugerencia y cambio de contexto se pretendió llevarlos a la reflexión. Por último, se les brindó en el mensaje una metáfora, sobre la importancia del tiempo del cambio en la metamorfosis de las mariposas.

En la *octava sesión*, David señaló todos los errores que había cometido y las posibles consecuencias negativas que esto puede tener. Se le plantearon preguntas para clarificar los puntos señalados y revelar la relación que esto tenía con la situación familiar. María lo culpó a David por no poder tener una vida adecuada, por tener que vigilarlo constantemente.

Ante esta situación el equipo terapéutico, consideró incorporar a una terapeuta a la sesión para ofrecer una hipótesis, en la cual señaló que los miembros del equipo los percibían atrapados en una pelea de poder, cual si fueran un matrimonio. María lo aceptó, pero nuevamente señaló que David fue quien la empujó a comportarse de esa manera, ya que nunca aceptó que ella hubiera dejado a su padre.

Al final de la sesión otra terapeuta se presentó para brindar el mensaje. Ella señala las emociones que notaba el equipo terapéutico como el enojo en María, la tristeza en David; pero también el amor y la confusión. Se coincide con las emociones señaladas y se les pide realizar un compromiso para hablar del presente, permitirse cuestionar lo que se piensa sobre la conducta del otro y escuchar lo que el otro tiene que decir.

- **Evaluación final:**

Al finalizar la octava sesión se planteó continuar con las sesiones, acordando que la próxima sesión fuera en quince días. Al realizar la llamada de confirmación de la sesión, María señaló que se encontraba muy enojada, debido a que David no había cumplido con las cosas que se le pedían y que los retaba constantemente, por lo que ella había decidido enviarlo sólo a la terapia, ya que ella sentía que ya estaba realizando todo lo que estaba a su alcance, y que era él quien no tenía la intención de cambiar. En ese momento no se puede establecer el contacto con David, y, además, llegado el día de la cita, David no se presentó.

Al llamar a la familia para conocer lo que había ocurrido, se pudo establecer el contacto con David, quien comentó que había considerado acudir a terapia, pero en el transcurso pensó que todos sus esfuerzos por cambiar eran insuficientes. Se buscó generar una alianza con él y alternativas para que se pudiera motivar y aceptar acudir a una sesión, sin embargo, no acudió a esta última.

Posteriormente se intentó contactar a la familia, sin embargo, la respuesta fue nula, por lo que después de varias llamadas en diferentes horarios se desistió de buscar una respuesta.

3.1.2.1 Caso 2: Familia Fernández De La Cuesta

- **Familiograma:**

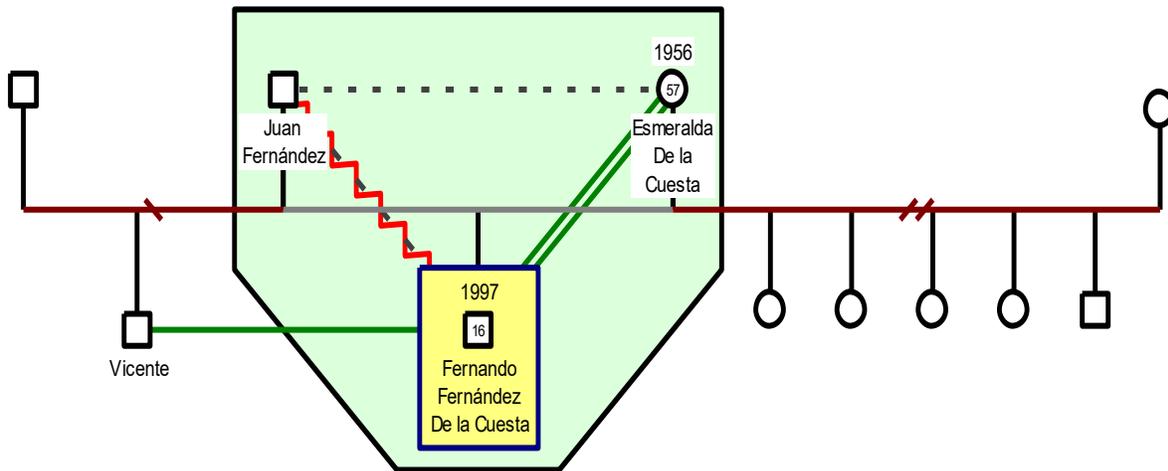


Figura 5. Familiograma Familia Fernández De La Cuesta

- **Motivo de consulta y antecedentes:**

Fernando pidió apoyo al área de Psicopedagogía del CCH Azcapotzalco, ya que reportaba tener alucinaciones auditivas y visuales; explicó que sentía que “había voces dentro de su cabeza de las que no tenía control”, le daban ordenes e intentaban controlar su pensamiento. Respecto a las alucinaciones visuales, comentó que cuando se encontraba en su habitación se le cerraban las paredes, “observaba caras deformes y veía manchas negras flotando”. Por esta situación acudió a pedir apoyo al departamento de Psicopedagogía, ya que las alucinaciones auditivas se habían hecho más frecuentes, claras, le costaba mucho trabajo dormir, y se encontraba desesperado.

En el departamento de Psicopedagogía le pidieron que asistiera a un servicio de Psiquiatría, por lo cual acudió al servicio psiquiátrico de la Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria, posteriormente al Hospital Psiquiátrico Infantil y por último a consulta psiquiátrica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se encontraba en tratamiento al inicio de proceso de terapia.

Los especialistas le dieron el diagnóstico de depresión moderada y distimia, por lo que consumía Valproato de Magnesio y Fluoxetina como parte de su tratamiento. Al iniciar la terapia con el equipo de terapia familiar, tenía 10 días de haber iniciado el tratamiento sin reportar efectos colaterales. Cabe mencionar que la consulta, surge como otra forma de brindarle apoyo de parte del departamento de Psicopedagogía.

Fernando acudió al servicio durante once sesiones, de las cuales tres de estas lo acompañó su madre, la señora Esmeralda, quien por razones de trabajo y económicas no podía acudir con mayor frecuencia.

- **Objetivo terapéutico:**

Durante la atención Fernando propuso dos objetivos terapéuticos. El primero era saber qué tenía y a partir de esto, entender quién era. Sin embargo, al paso de las sesiones replanteó el objetivo, y solicitó que el equipo terapéutico lo escuchara y pudiera apoyarlo para aprender a lidiar con la problemática que presentaba, que le dieran “consejos” o que le compartieran sus vivencias en situaciones similares.

Para la señora Esmeralda, el objetivo era lograr sentirse tranquila, al lograr tener mayor cercanía con Fernando, a través de que él se encerrara menos y hablara más con ella.

- **Historia de las relaciones familiares**

Durante su infancia, la relación que Fernando tuvo con su madre, fue poco cercana debido a que ella tuvo que trabajar para poder mantenerlo. Su padre y su abuela lo cuidaban, sin embargo, su padre lo violentaba física y psicológicamente, por lo cual su abuela decidió compartirle a Esmeralda lo que estaba ocurriendo, pero al hacerlo, la abuela comenzó a tener problemas con el padre de Fernando, ya que no estaba de acuerdo con la forma como trataba a su nieto.

Asociado a esta situación, a otros problemas de salud y a la impotencia de que el padre de Fernando no cambiaba su comportamiento, la abuela decidió irse a vivir con otra de sus hijas, dejando de participar en la crianza de Fernando.

Su padre siguió violentando, lo que para Fernando le generó sentimientos de tristeza, desesperanza, soledad e inadecuación por lo que, al entrar en contacto con otros niños, y teniendo en cuenta los mandatos de género hacia los hombres, los niños también lo comenzaron a violentar, situación que aumentó hasta desarrollar una posible depresión, que a la larga y al contener las emociones de ira, frustración y coraje creyó que pudieron verse “liberadas a través de las alucinaciones”.

Su madre al observar los problemas dejó el trabajo, se dio más tiempo para estar con Fernando, le apoyó y a la par limitó la violencia del padre. Lo que permitió a Fernando hablar de los problemas que percibía.

- **Modelo teórico de intervención:**

Se trabajó con el Enfoque colaborativo.

- **Intervenciones terapéuticas:**

Desde la primera sesión se trabajó con el enfoque colaborativo, por lo que el terapeuta se mostró con curiosidad, interesado en establecer un vínculo de confianza con Fernando, con ánimo de acompañarlo en el proceso, buscando respetar sus decisiones y su forma de ver la vida.

Durante la *primera sesión* se indagó el motivo de consulta, ante lo cual Fernando comentó que durante toda su vida había sido víctima de violencia de parte de su padre y sus compañeros, que desde los 12 años se sentía solo y que, en esa soledad, “las voces se habían hecho audibles”.

A través de preguntas se intentó clarificar la sensación que tenía con respecto a las alucinaciones, cómo es que se presentaban, los momentos en los que ocurrían, qué era lo que le decían y cómo se percataba que se hacían audibles. Se le preguntó a Fernando su opinión sobre las mismas, comentando que se sentía desesperado y que no le parecía normal. Se exploró sobre la percepción que tenía de sus relaciones familiares, y su historia de vida.

Se co-construyó como primer objetivo de la atención, entender que era lo que le sucedía y a su vez como podía liberarse de las alucinaciones.

En la *segunda sesión* asistieron Fernando con su madre, la señora Esmeralda. Ella compartió que se sentía culpable, al considerar que todo lo que había hecho o dejado de hacer había repercutido para que su hijo presentara diferentes problemas. Planteó como objetivo de la atención, que pudiera sentirse más tranquila y unida a Fernando; además de ayudarle para que dejara de experimentar alucinaciones. Se exploraron las relaciones familiares, para conocer su percepción.

Con Fernando, se indago sobre las situaciones que posiblemente detonaban la aparición de las alucinaciones. Además, relató algunas de situaciones de mayor peligro, que experimento al escuchar las voces cuando éstas le pedían que lastimara e incluso “matará” a otras personas, y a miembros de su familia y a su novia.

Explicó que presentaba emociones que creía que se relacionaban con la presencia de sus problemas como por ejemplo la ira, la frustración, el coraje y el enojo, que lo atrapaban y hacían que perdiera el sentido común.

Durante la *tercera sesión* se ampliaron los significados de los llamados detonantes, significando que estos provenían de los celos, cuando alguien podía hacer algo mejor que él o por celos con su novia, además que también se presentaban cuando recibía descalificaciones, burlas y humillaciones.

Se indagó como era el ciclo de las alucinaciones que presentaba, buscando algún punto donde se le puedan desactivar. Ante lo cual, Fernando comentó que subía a la azotea de su casa para poder relajarse. Por lo que, durante el equipo reflexivo, se le invitó a buscar ese espacio en su mente, además que era conveniente que le avisara a su madre, cuando quisiera subir, para que ella se sintiera tranquila.

Para la *cuarta sesión* llevó un registro sobre los momentos en que aparecían las voces y las acciones que realizaba para mantenerse tranquilo. Describió que al convivir y comunicarse con su familia, amigos y novia le permitían evitar las crisis.

Explicó que el enojo era su principal disparador, y le hacía desear ejercer justicia por mano propia. Por lo tanto, durante la sesión el terapeuta normalizó el deseo de justicia y se amplió el significado, de querer conseguirla por mano propia.

Durante esta sesión planteó un cambio de objetivo en la atención, estableciendo que “No quiero curarme, quiero aprender a asimilar lo que soy, quiero controlarme y que repercuta en algo artístico”.

Durante la *quinta sesión* comenzó hablando de los intentos de solución de su problemática, como por ejemplo olvidar el pasado e intentar dejar un legado. Se indagaron a más detalle estos intentos de solución, en qué consistían, y como podrían ser utilizados para alcanzar su nuevo objetivo.

Fernando declaró que deseaba realizar un balance entre su enfermedad y su razón, por lo que debía aceptarse y que los demás lo aceptaran como era. Se exploran los peligros de asumirse con una enfermedad como la esquizofrenia y de compartirlo con las personas que le rodeaban. Durante el equipo reflexivo se le invita a explorar su lado creativo.

En la *sexta sesión* acudió nuevamente la madre de Fernando y señaló los cambios que había observado en él; también, manifestó los cambios que ella había realizado para con Fernando, los cuales repercutían favorablemente en su relación.

El terapeuta solicitó que evaluarán los avances de la terapia, y en conjunto se identificaron cada uno de los cambios, se reconocieron y señalaron los métodos que había puesto en marcha Fernando para controlarse, además, siguiendo su objetivo, se le invitó a utilizarlos de manera creativa, ante lo cual Fernando mostró al terapeuta y al equipo una pintura que realizó durante una crisis.

Al final explicó el significado de cada una de las partes de la obra y por último compartió para él había dejado de ser importante saber qué era lo que tenía, y solo deseaba vivir lo mejor posible con lo que le sucedía.

Durante la *séptima sesión* se habló de la violencia que ejercieron contra él, y Fernando reconoció que él ya les había otorgado el perdón a aquellos que lo habían lastimado. Para lograr ese cometido, él identificó que le había sido de utilidad los recursos de la meditación y la disciplina que desarrolló al practicar Karate.

Para la *octava sesión* se mantuvieron los cambios y además se indagó en la percepción que tenía de los diagnósticos que le habían brindado en los hospitales psiquiátricos, compartiendo que en ocasiones sospechaba que tenía esquizofrenia. Ante lo cual se realizaron preguntas desde la curiosidad, para comprender cuán importante para él, era tener un diagnóstico, con el cual identificarse. Se habló sobre la depresión, las formas en las que la sentía y las ideas que generaba en él, además, se exploró cuáles eran los recursos que ocupaba para sobrellevarla.

Durante esa sesión comentó que, debido a la falta de recursos económicos, no había podido acudir a su clínica por la fluoxetina, por lo que al menos durante una semana no la había consumido.

Durante *la novena sesión* continuó sin consumir la fluoxetina, pero encontró más recursos para controlar su enojo. Se trabajó en la prevención de la recaída, las situaciones que lo podrían llevar a esta, y las acciones y recursos que ocuparía para salir de la misma. A lo largo de la sesión, el terapeuta y el equipo, le sugirieron continuar con el tratamiento psicofarmacológico, hasta que los médicos lo consideraran necesario.

En la *décima sesión* se evaluaron los avances, se trazaron las distinciones sobre el estar con el medicamento y no consumirlo. Se plantearon preguntas para la prevención de la recaída nuevamente y lo que tendría que ocurrir para que él regresara a un estado como en el que había llegado. Fernando visibilizó más recursos para mantenerse tranquilo y lograr su desarrollo artístico.

En la *onceava* y última sesión, a partir de las sugerencias del equipo, Fernando volvió a consumir el medicamento, comentando que se sintió mejor, y que las alucinaciones habían disminuido drásticamente en frecuencia e intensidad.

Se hizo el cierre de las sesiones, Fernando comentó que el hecho de que se le diera la escucha le permitió vivirse de una manera distinta, que se llevaba la “esencia” de cada uno de los terapeutas, las ideas que le brindaron y sus consejos, e incluso los tendría presentes al reflexionar lo que él creía que le dirían, ante las situaciones que llegará a experimentar.

Compartió que se llevaba de la terapia, el trato humano, la convivencia con todo el equipo y los puntos de vista que le compartieron que le hicieron sentir que habían colaborado con él en su mejora. Consideró que la atención le fue de utilidad y que recomendaría el servicio.

- **Evaluación final:**

Se estableció contacto con Fernando vía telefónica, 3 meses después de finalizar las sesiones, comentó que se mantenía en el tratamiento farmacológico para el control de las alucinaciones y que los cambios que se habían realizado se mantenían. La relación con su madre había mejorado significativamente, y con su padre había permanecido distante, pero sin agresiones.

Él se sentía bien, y comentó que deseaba continuar con un proceso terapéutico ya que le había funcionado bien, ya que consideraba que era una buena forma para seguir mejorando.

3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas.

Para la presente sección, el autor de este reporte quiere señalar que el método elegido para analizar la información proporcionada por las familias, se basa en la premisa de, que las metáforas y analogías forman parte de la construcción de la “realidad” y que pueden formar parte de las descripciones, e intervenciones que el terapeuta realiza. Es por ello que con base a la hermenéutica y el análisis circular del contexto se plantea lo siguiente: a) primero se describirán las metáforas ocupadas en la sesión, ya sea aquellas que los consultantes expresaron, o las que el terapeuta propuso y que los consultantes aceptaron, haciendo uso de sus términos, b) se propondrá cómo estas metáforas podrían haber sido utilizadas para generar preguntas o intervenciones, recordando que estas bien podrían ser una herramienta, sin ser necesariamente el medio que generaría el cambio de las personas.

Se realizó este planteamiento, asumiendo que las propuestas son solo ideas en torno al tema analizado, ya que, dentro del marco colaborativo, se prima el mantener una coherencia del lenguaje y que el consultante lleve la dirección de la conversación sobre los temas que le son de su interés.

Como método de selección de las metáforas, se realizó una revisión de cada una de las grabaciones de las sesiones, y se seleccionaron aquellas metáforas con las cuales las personas describieron la situación por la cual atravesaban, o en dado caso, algunas metáforas que el terapeuta realizó. Se transcribieron estas metáforas y posteriormente se eligieron aquellas que el autor consideró que se podrían ampliar, para hacer preguntas o para realizar una nueva metáfora.

Se retomó el presupuesto que planteó Bateson (Capra, 1988) en el que explica que las metáforas son definidas temporal, contextual y culturalmente. Por lo que las construcciones metafóricas que se exponen en este apartado, conviene que sean analizadas tomando en cuenta el contexto y el tiempo en el que el autor presenta las mismas.

En este sentido se estableció que la intención de este escrito, es ejemplificar algunas de las formas en las que se presentan las metáforas durante las sesiones, ya sean realizadas por el terapeuta o por los consultantes.

Por lo tanto, este análisis, se planteó para ejemplificar aquellas alternativas creativas y metafóricas del acto de la co-construcción de significados de manera local, con la intención de que sean trasladados a otras prácticas o significados, más allá del espacio conversacional y que puedan brindar a los consultantes sentido de agencia.

La distinción de la cual se seleccionaron las metáforas analizadas, partió del hecho de la indagación del significado o si los consultantes repitieron la metáfora durante la sesión o posteriores sesiones.

Por lo cual, algunas metáforas como las que se presentan a continuación no se incluyeron en el análisis.

Por ejemplo, con la familia 1, durante la tercera sesión se presentó este dialogo:

M: Soy como un águila en este momento y yo estoy pendiente de Alan, está bajo mi supervisión y estando bajo mi supervisión, [...] no quiero que haya agresiones.

T: Mencionaste que eras como un águila, ¿cómo es esto?

M: A la expectativa, tengo que estar vigilante.

Lakoff y Johnson (2005), explicaron que la forma en la que los consultantes observan algunas actividades sociales, construye una forma de relacionarse con su entorno.

M: Ya no lo mimo tanto, ya no le lavo, porque pedirle que doblara su ropa o que la sacara al bote era...

D: Como hablarle al viento y llegó el momento en el que se cansó y me dijo de ahora en adelante te vas a lavar tú.

En estos ejemplos, observamos como el lenguaje metafórico constituye realidades, no solo es descriptivo, sino que, partiendo de un axioma de la comunicación, este también es formativo, por lo que a su vez generará una respuesta.

Estos ejemplos, probablemente podrían haber sido ampliados, planteando nuevas preguntas, o pudieron servir como elementos para una nueva construcción como un cuento o un chiste, sin embargo, durante las sesiones, no se ahondo en su significado ni los consultantes reiteraron en ellas.

En este análisis se trazan distinciones entre los tipos de metáforas planteadas por los consultantes, solo para poder agruparlas y facilitar el ejercicio; podría ser establecido que esta cohesión resulta un enlace artificial, establecido solo para analizar su contenido y no para determinar su cualidad o valor.

3.1.3.1 Metáforas que aluden a la descripción del problema.

Ejemplo 1 – Familia 1.

Durante la primera sesión los consultantes hablaron sobre la problemática que presentaban y describieron las acciones de la familia. David, relató lo que él consideraba “un día normal en casa”. Al escuchar esta descripción detallada, se le preguntó a María su opinión acerca de esta descripción a lo que contestó:

M: Ubicando, es estilo Los Simpson. Gabriel me parece como si fuera Bart, David en ocasiones parece Lisa, excepto que sin las buenas calificaciones, y mi esposo es un total Homero en muchas ocasiones, y si, me siento Marge, empiezo a solucionar todo, a recoger todo, a arreglar todo, a buscar como vivir al día, sacar el día adelante, y ya no puedo. Yo se lo dije a mi esposo, va a llegar un momento en el que esta terapia no va ser para solucionar la familia, sino para disolverla.

Dentro de esta metáfora se puede observar como María organiza, comprende e incluso proporciona estructura a su experiencia de vida.

- **Preguntas hermenéuticas:**

Teniendo en cuenta el marco colaborativo, sería importante mantener la coherencia con el lenguaje local, además de hacer uso de la postura de no saber, que si bien se tiene una idea del personaje del que habla, se puede dudar o cuestionar desde que punto lo hace. Por lo tanto, las siguientes preguntas, podrían plantearse a María para comprender los significados de su metáfora: ¿Cómo describirías a Marge? ¿A qué dificultades se enfrenta? ¿Cuáles son las cosas que disfruta de su familia? ¿Tú también lo haces? ¿Qué hace Marge para disfrutar de su vida? ¿Cuáles son las fortalezas de Marge?

¿Consideras que a Marge le gusta el lugar que le ha asignado la familia, en la que tiene que solucionar todo y arreglar todo? ¿Por qué crees que Marge no se ha dado por vencida si tiene una vida tan complicada? ¿Qué es lo que teme perder?

¿Qué es lo que tendría que pasar en la vida de Marge para que se sintiera más tranquila? ¿Qué tendría que hacer Homero, Bart y Lisa?

¿David en que se parece a Lisa? ¿Qué características te gustan más de Lisa que David también tiene? ¿Cuáles son los problemas de Lisa? ¿Crees que David se sienta identificado con estos problemas?

- **Hacer público:**

El terapeuta, podría compartirle: “A mi parecer Marge, resulta un personaje muy autentico, que se da los permisos para romper las reglas y hacer las cosas que ella decide, no es completamente abnegada, como cuando Homero le regala una bola de boliche y ella decide acudir a jugar al boliche, o cuando conoce a su vecina y hasta las persigue la policía”.

Posteriormente, se le preguntaría si ella recuerda algún otro momento, y que opina de estas acciones que tiene Marge.

Ejemplo 2 – Familia 1

Durante la cuarta sesión la familia Sánchez Aguilar reporto varios cambios, comenzando por David, quien comentó que se había reconocido sus esfuerzos y se consideraba un chico excepcional.

Esto resultaba particularmente diferente ya que, en anteriores sesiones, era señalado como alguien que a pesar de sus esfuerzos era poco reconocido. Por lo que se presentó este diálogo:

T: Me preguntaba ¿por qué no se reconoce David? ¿por qué todo es su obligación? Como si todo lo padeciera, pero ahora me dices que eres un chico excepcional.

D: Yo podría dar un comentario de mi parte, como si mi papá fuera un tipo de mago y tuviera una cajita mágica, donde toma nuestra alegría y todos nuestros sentimientos los mete ahí, la cierra con candado y las pone debajo de su almohada, podría decir eso, más no se si fuera lo correcto. Entonces...Cuando él está, nos ponemos así, cuando él no está nuestro día es muy diferente. [...]

- **Preguntas hermenéuticas:**

Se le preguntaría a David: ¿Qué pases mágicos hace tu papá para robarles la alegría? ¿Qué es lo que hace? ¿Cómo te das cuenta que está llevando a cabo su magia? ¿Esto ocurre solo cuando está presente o también desde lejos? ¿Para qué otras cosas utiliza su varita mágica?

¿Cómo adquirió la cajita mágica? ¿Cuándo fue la primera vez que te diste cuenta que les estaba robando su alegría? ¿Cómo le hace para que le entreguen su alegría? ¿Qué otros poderes mágicos tienen tu papá? Si les quita la alegría, ¿Qué sentimientos les deja?

- **Preguntas de agencia:**

¿Cómo le darían “batalla”? ¿Cómo podrían evitar que les robara su alegría? ¿Cómo podrías protegerte tú? ¿Cómo podrías proteger a tu familia?

¿Qué es lo que hace tu mamá para protegerse de que le roben la alegría? ¿Qué es lo que hace para protegerte de que te la roben a ti? ¿Cómo te das cuenta que la magia de tu papá tiene efecto en tu mamá? ¿Y en Gabriel?

¿Cómo le hacen para recuperar su alegría? ¿Qué crees que busque tu papá al robarles la alegría? ¿Qué crees que gana al robárselas? ¿Para qué crees que la mantiene guardada? ¿Cómo le harías para que la cantidad de alegría que te quite, no te afecte? ¿tú crees que le podrías compartir de tu alegría?

Ejemplo 3 - Familia 2

Durante la tercera sesión, Fernando, relató algunas situaciones con relación a las “exigencias” de parte de su novia sobre su comportamiento, explicó que ella le pedía ser más abierto, dado que con sus amigos sí podía platicarles sobre lo que le sucedía y consideraba que con ella no lo era; esto a él le resultaba problemático, ya que, se había percatado que el enojo, las exigencias, las comparaciones y las descalificaciones eran “detonadores” para que las alucinaciones auditivas se presentaran. Fernando respondió ante el cuestionamiento de cómo le hacía sentir estas exigencias, de la siguiente manera:

F: “Es como si me sintiera como un niño, un niño pequeño, al que le exigen que llegue a un punto de madurez al que todavía no puede llegar; porque todavía le hacen falta cosas por vivir”

Esta frase no fue ampliada durante la sesión, aun cuando el tono y volumen, pudieron haber denotado un alto grado de enojo. Sin embargo, algunas de las preguntas que se pudieron plantear son las siguientes:

- **Preguntas hermenéuticas:**

¿Este niño pequeño que capacidades crees que tenga? ¿Cuál crees que es este punto de madurez al que te piden llegar? ¿Crees que los adultos tengan esa capacidad de compartir, de explicar lo que están sintiendo?

¿Qué pasaría contigo si te quedas como un niño pequeño? ¿Qué ventajas tiene ser un niño pequeño? ¿Cuáles son las desventajas? ¿Qué cosas te harían falta vivir para llegar a este punto de madurez?

- **Preguntas de agencia:**

Siendo un niño pequeño y con cosas por vivir ¿Qué te gustaría experimentar? ¿Te gustaría llegar a ser maduro?

La primera serie de preguntas se plantearían pretendiendo comprender lo que fue transmitido por el consultante, la manera en la que ha construido el significado de los eventos y sus experiencias de vida.

La segunda serie de preguntas parte de la idea de generar una diferente forma de ser en el mundo, buscando la agencia.

A continuación, se revisarán aquellas metáforas que fueron exploradas en la sesión, partiendo desde la misma perspectiva.

3.1.3.2 Metáforas deconstruidas en sesión.

Ejemplo 4 - Familia 2

Durante la quinta sesión, Fernando, mencionó que había investigado por su cuenta sobre las problemáticas que generan las alucinaciones, y que, en anteriores sesiones, había mencionado tener el interés de entender “lo que era”, encontrando información sobre la esquizofrenia. Al hacer esto comenzó a pensar que debía alertar a los demás sobre este padecimiento, y sus posibles formas de reaccionar.

El terapeuta le compartió que al hacer esto, también podría generar discriminación entre sus pares. Por lo que él concluyó que debía generar un balance en su vida, aprovechar esta problemática para generar belleza, así como otros artistas como Van Gogh lo habían hecho. Una de estas vías era a través de vivir consigo mismo sin etiquetarse, describiendo mediante una metáfora lo que pretendía.

T: ¿A qué te refieres a vivir contigo mismo sin etiquetarte?

F: Es como coexistir, si yo estoy enfermo, pero también puedo ser sano, porque no tener un balance, porque no seguir siendo uno mismo, seguir siendo yo, pero con diferentes capas, como si fuera una cebolla. Como si alguna cosa me pelara y me sacara lo que soy. Algo que está dentro de mí, de mi enfermedad, como los detonadores.

T: ¿Un detonador sería algo que te quitara una capa?

F: Más o menos

T: Y dentro de esta cebolla, ¿cómo estarían compuestas estas capas? ¿qué es lo que estaría más afuera y que más adentro?

F: Mas hacia adentro sería el pensamiento de querer asesinar a una persona, de matar, al sadismo que ni siquiera me consideraría humano. Y lo que estaría más afuera sería un grito, golpear, un “ya deja de molestarme”, un “lárgate”, eso es lo que estaría más afuera.

T: Me estaba imaginando esto de otra manera, entonces pláticame como estarían compuestas estas capas. ¿Qué habría?

F: Mmm...

T: ¿Si me explico? Te explico cómo es que estaba viendo a la cebolla y luego tú me dices como la estabas pensando.

F: Si

T: Porque yo veía como a la primera capa como la cara que le das a las personas más desconocidas, la cordialidad que puedes tener con un extraño, si te saludan tú saludas también, el ser amable, como cosas muy simples, y algo con lo que las personas se pueden quedar con una primera impresión. Y más profundamente, son capas que se acercan más a ti, más a la persona que tú dices ser.

F: Como si fuera mi persona

T: Pero ¿cómo lo estabas viendo tu?

F: Yo lo estaba viendo en relación a los detonadores, por ejemplo, tú me estás diciendo algo, me dolió, sentí feo, pero al siguiente día me lo vuelves a decir y es cuando exploto y digo, lárgate, cuando ya simplemente la persona...cuando dejo de sentir ese miedo a la muerte por alguien más, que es cuando me enfado, cuando siento el ser de injusticia, cuando ya no conozco a las personas, cuando siento que necesito hacer algo por mi propia mano para hacer un mundo mejor.

T: ¿Es como si al arrancarte una capa de la cebolla, el cual es por el enojo, se libera una reacción, y cada capa más profunda se libera una reacción más fuerte, hasta llegar al núcleo, y ahí desconoces a la persona y tienes este ser de injusticia, y ya no tener miedo y estar pensando en el asesinato?

F: Si

T: ¿Has podido controlar tus disparadores?

F: Si

T: Cuando te ocurre esto, cuando te das cuenta que ya se despertó una reacción, ¿cómo le haces para cubrir esta reacción?

F: Me río, no encuentro otra forma más que el reírme, una risa un poco sarcástica, pero que también me alegra y me lleva a un alivio.

T: ¿De qué te ríes?

F: De lo que sea, puedo pensar en cualquier cosa y me río. Pero cuando ya es una sed de justicia si tengo que buscar la relajación de la sombra del árbol.

T: ¿Cuántas capas se tienen que romper para que llegues a esta sed de justicia?

F: 8

En este ejemplo podemos notar como el terapeuta busca mantener la coherencia de la conversación. Siendo expresada esta metáfora, se plantearon una serie de preguntas para comprender el significado de la metáfora, realizar aclaraciones, y “hacer públicas” las interpretaciones del terapeuta. Además, se continuó con la entrevista manteniendo la comprensión con el lenguaje local co-construido con otras metáforas, como “la sombra del árbol”, que era un espacio mental en donde podía buscar relajarse.

También se observó que las preguntas estuvieron realizadas para generar un sentido de agencia, encontrando las formas en las que el consultante lidiaba con las respuestas de lo que considera problemático.

Ejemplo 5 – Familia 1

Otro ejemplo donde se puede observar la indagación metafórica de una situación, ocurre en la séptima sesión de terapia de la familia Sánchez Aguilar. Al inicio de la sesión, David mencionó que es su último año en la escuela, ya que tenía cuatro materias en riesgo de reprobación, y que su mamá y Mario lo habían amenazado que, si deseaba continuar con sus estudios, tendría que trabajar, pagar lo que consumiera en casa y también asumir los costos de su educación.

Lo amenazaron con quitarle la educación para brindarle la oportunidad a Alan. A lo que en la indagatoria de la situación explicó:

T: ¿Cómo te sentiste con esto?

D: No se

T: ¿Te puedo ofrecer una palabra? ¿Te sentiste traicionado?

D: Sí, por una parte, con mi madre y por otra con mi padre

T: ¿Qué fue lo que despertó esta sensación con tu madre?

D: El hecho de que ella quiera apoyar en cierto modo esa idea, solo para ver cuánto va a “aguantar la sogá”. Con eso me refiero a ver si mi padrastro aguanta a vivir con nosotros o no. Entonces lo que ella está esperando, es que nosotros hagamos que ella “reviente” y nos deje a nuestra propia suerte; porque lleva muchos años soportando los problemas de nosotros y de ella [...] Entonces ella solo está esperando ese instante...

T: ¿En el que revienta la sogá? (David asiente con la cabeza) [...]

T: Entonces tú crees que ella está esperando el momento en el que se rompa la sogá...

D: ...Para volver a realizar sus sueños

T: ¿En dónde no están incluidos ustedes? (David asiente con la cabeza) [...]

T: Pensemos en el panorama en el que esto ha ocurrido, donde se ha roto la sogá. ¿Qué es lo que le sucede a esta familia?

D: No le importa (señala a su madre)

T: ¿Cuánto tiempo más crees que aguante la sogá?

D: Medio año, sino es que menos [...]

T: ¿Por qué crees que se rompería?

D: El hartazgo de mi madre [...]

T: ¿Cuál es el filamento que no permite que se rompa esta soga?

D: Ella quiere que Dios le de licencia para ver si sus esfuerzos han valido la pena, llegar a un día donde yo tenga un carro del año, con mi mujer, con trabajo, con lo que cualquier persona desea...

M: Con un futuro...con un futuro que no desees, con un futuro por el que no te esfuerzas, con las “alas” que yo no tengo, con la libertad que yo no tengo, con las posibilidades que yo no tengo. Eso es lo que yo quiero.

En este ejemplo el terapeuta le ofrece al consultante una interpretación de la sensación que podría tener respecto a la situación que enfrentaba. Esta interpretación resulta coherente con la comprensión de la problemática y el consultante amplió su descripción, añadiendo la metáfora en la que describe la situación que vivía, como “ver cuanto aguanta la soga”. Bateson (Capra, 1988), explicó que “lo importante en una historia, lo verdadero de la misma no es el argumento, las cosas, ni sus personajes, sino las relaciones entre ellos” (p. 89)

En esta metáfora elaborada por el consultante, se pueden notar aspectos de la relación entre los miembros de la familia y a través de la serie de preguntas elaboradas, se intenta comprender y deconstruir los significados desde una postura de curiosidad, que permitiera hacer evidente para todas las partes del sistema terapéutico, la forma en la que percibía que estaban configuradas sus relaciones familiares.

A partir de la metáfora anterior, y de la respuesta de la madre de David, en el equipo terapéutico, se planteó un mensaje metafórico con influencia de las metáforas de Milton Erickson, el cual se presentará en la siguiente subsección.

- **Preguntas hermenéuticas:**

Desde una postura colaborativa, se propone la importancia de seguir planteando más preguntas para co-construir una narrativa distinta.

¿Cómo te sientes al estar del otro lado de la soga? ¿Qué te hace pensar de tu madre, que solo está esperando que se rompa la soga? ¿Qué pasaría contigo si se rompe la soga? ¿Si la soga se rompe se puede unir de otra forma?

¿Qué pasaría con tu mamá, con Gabriel y con Mario si la sogá se rompe? ¿Qué tendría que pasar para que tu mamá deje de vigilar esta sogá? ¿Por qué esta sogá es tan importante para ella? ¿De qué situaciones se ha debilitado esta sogá? Y ¿de cuáles tú te sientes responsable, de cuáles te han hecho responsable?

¿Quieres decir que tu mamá requiere que la sogá se rompa para ser libre, hacer lo que necesita y quiere? ¿Habrá otra forma en que lo logre?

3.1.3.3 Metáforas compartidas en sesión y sus efectos

Ejemplo 6 – Familia 1

Durante la pausa de la séptima sesión, el equipo terapéutico elaboró en conjunto con el terapeuta y la supervisora una metáfora para ser entregada como mensaje a la familia.

Se partió desde una hipótesis, en la cual se observaba a María como hipervigilante del desarrollo de David, aprobando y desaprobando las acciones o decisiones que llevaba a cabo; a la par que pedía que él mostrara independencia para que ella pudiera realizar las actividades que deseaba. Se observaba a David presionado por su madre, restringido en sus acciones y protegiéndose.

A partir de la respuesta a la metáfora antes planteada por David, por parte de María, donde indicaba que ella no tenía alas para volar y que ella deseaba que David volara, se planteó la siguiente metáfora con el objetivo de darle tiempo y espacio de desarrollo a su hijo, buscando generar en María paciencia para el desarrollo de habilidades en David, y tolerancia en las decisiones que él tomara.

T: Estaba recordando algo que me sucedió hace tiempo, en un experimento de biología en la preparatoria nos encargaron que criáramos a unas orugas, observar lo que sucedía con ellas, las alimenté, las cuidé y cuando se volvieron capullos yo me empecé a fijar mucho en su desarrollo.

Las coloqué con cuidado en una cajita y yo me encontraba al pendiente de lo que ocurría con ellas cada día. Yo era joven, y sentía mucha curiosidad de su desarrollo, tanto fue así, que corté uno de los capullos para ver como iban; lo hice con la mejor intención, lo hice pensando en lo que le ocurría pensando que probablemente ya se había tardado en terminar su proceso, y el problema de eso fue que esa mariposa ya

nunca se pudo desarrollar bien, sus alas quedaron pegadas, se encontraba tullida y en menos de 5 minutos la pobre mariposa murió.

Después de ocurrir esto me di cuenta que estaba interfiriendo en su desarrollo y esto le generaba un mayor daño que un bien. En ese sentido decidí dejar a las demás en su crecimiento, pero nuevamente me equivoqué, a una de las mariposas al salir de su capullo, vi que tenía sus alas pegadas, pensé que era buena idea apoyarla un poco e intenté despegarselas, pero al hacerlo, noté que se le iban encogiendo un poco, la mariposa no pudo volar. A las otras decidí que no las debía tocar, debía dejar que siguieran su proceso. Las saqué al sol, y a algunas de ellas las vi nacer, observé que cuando salen del capullo lo hacen con sus alas enredadas pero al estar ante el sol las abrían de poco en poco, es un bello espectáculo, y así es como pueden volar.

Todo esto se los digo porque pensé que esta era la situación que estaban viviendo, sabemos que tienes las mejores intenciones María, que quieres lo mejor para tu hijo, que quieres que sea un hombre de bien, maduro, con éxito; pero de pronto notamos que al tocarle sus alas, esas alas que pueden desplegarse solas le estás quitando esta posibilidad de que lo haga por si mismo, y sabemos que lo haces con el deseo que realmente logre lo que se propone. A veces hay que dejar hacer a las mariposas que hagan lo suyo.

M: ¿Eso es lo que vamos a hacer? ¿Lo vamos a dejar morir solo? Está a punto de reprobado cuatro materias.

T: Yo nunca dije morir, yo no dejé morir a esas mariposas

M: Pero ese es problema de él, yo ya acabé y te voy a decir por que acabé, son trece años de vida que le invertí, que no los quiere, pues entonces yo tampoco los quiero. Así de fácil, yo le dije, acabando las sesiones terapéuticas aquí cada quien se va a rascar con sus uñas. Es muy difícil para mi, desesperante.

[Llamada del equipo]

T: Les voy a dar la otra parte del mensaje, y les pedimos que se mantengan receptivos. Sabemos que están haciendo esto con la mejor intención y sabemos que es un gran esfuerzo pero probablemente él (David) tenga que volar con sus propias alas y que al estarlas manipulando puedan estar trayendo más problemas que lo que pueda resultar como bienestar. No sé, tal vez para los perritos sería bueno, algunas personas apoyan a los perros a quitarle las bolsas de la placenta mientras las madres atienden a los otros, pero eso es para otras diferentes animales, pero para las mariposas hay que dejarlas salir por si mismas, claro cuidándolas, dándoles luz, calor, alimento, para que ellas completen su proceso.

David, hoy escuchamos tu voz y no solo la repetición de las cosas que te sabes de memoria, y creemos que tienes unas alas muy grandes para volar, sabemos que cuesta trabajo desplegarlas y mostrarlas por el temor de contraponerte a esas alas que te piden, y también notamos que es difícil esta situación en la que te pones para no generar problemas, porque si quieres despegar el vuelo tendrás que mostrar tus alas, porque nadie te podrá dar otras. No se le puede poner alas de águila a una mariposa.

Con la intención de que esta metáfora tuviera mayor impacto para la familia se tomó la decisión con el equipo que el terapeuta debía compartirla y cerrar la sesión inmediatamente.

La intención de reelaborar el cuento subyace en el hecho que María recibió la metáfora demostrando enojo y frustración. Se considera que no se tomaron en cuenta los esfuerzos ni las atribuciones de lo que ella podía considerar como su rol. Por lo que se plantea una versión diferente de este, contemplando los elementos antes mencionados, pero aun persiguiendo la meta que María tuviera paciencia con el desarrollo de David, validación del esfuerzo que ella realizaba y de la frustración que podía vivir, espacio para que él pudiera desarrollar las habilidades que deseaba y confianza que, a pesar que no resultara de la manera en que ella esperaba, si generaban el ambiente adecuado, el crecimiento de David podía conducirlo a ser la mejor versión que él deseara de sí mismo.

- **Cuento reelaborado:**

Hace tiempo conocí a una bióloga, la cual era una mujer muy apasionada por la vida y por el conocimiento. Tenía un mariposario, al cual, le tenía un especial cariño y cuidado. En el tiempo en que la conocí, se sentía muy preocupada, triste y en ocasiones frustrada porque las orugas que ahí vivían, no se habían transformado en crisálidas aún, percibía que no mostraban ningún esfuerzo, las veía delgadas y comiendo lentamente, y no gordas y glotonas como se suponía que debían de ser.

Esto a ella le preocupaba mucho, me comentó que a veces pensaba que estas orugas tenían algo raro, se sentía preocupada porque deseaba que se transformaran en bellas mariposas que volaran libres, revoloteando con sus alas multicolores, para que todas las personas las vieran y disfrutaran de su belleza.

Llegó el momento que en su corazón perdió toda esperanza y fe que estas orugas se volvieran mariposas, así que se enfocó en mantener su ambiente lo mejor posible, cuidar la tierra, las plantas, la humedad y el calor, las cuidaba y sabía que ahí estaría cuando las orugas la necesitaran.

Había días más difíciles que otros, en ocasiones temía que estas orugas no maduraran, pensaba que esto la haría una mala bióloga; algunos otros días, observaba que de la noche a la mañana alguna se había envuelto en su capullo, y en algunas ocasiones, la dinámica de su vida la forzaban a mirar hacia otros aspectos también importantes, sin que esto significara que no atendía al mariposario.

Las cuidaba, no dejaba de hacerlo, siempre se mantuvo al tanto, aceptando sus tiempos; y un día, en medio de sus reflexiones, pensó, que ser buena bióloga no dependía solo de estas mariposas, que sus colegas podían decir lo que quisieran, que ellos no habían entregado sus noches o sus días al cuidado de estos seres. Ella validaba su esfuerzo, su entrega, coraje, su amor y aprecio.

Aceptó que el destino de estas mariposas solo les pertenecía a ellas mismas y que solo ellas podían decidir a donde sus alas las llevarían, que vientos las guiarían, pero, ante todo, ella reconocía que a donde fueran, se llevarían sus noches, sus días, su cansancio, esfuerzo, su cariño, las esperanzas que tenía para ellas, y las palabras, que fueron como la lluvia con las que las regaba, para verlas crecer.

Un día después de haber realizado muchas actividades para el cuidado del mariposario, decidió sentarse en su sillón favorito, colocó sus pies en el posabrazos y miró hacia el techo, sin advertirlo, una figura de brillantes colores tornasol le miraba de regreso. Abrió los ojos con alegría y sorpresa, se acercó lo más que pudo, subiéndose al sillón y colocándose de puntillas, reconoció inmediatamente su mirada, aquella oruga indecisa, que no sabía si comer o no, si cambiar de planta o quedarse en la misma.

La mariposa como en un gesto de reconocimiento, revoloteó a su alrededor, para posarse al final en el dorso de su mano. La bióloga observó sus bellos colores y formas, por un momento se sintió confundida, pensaba que otros matices decorarían sus alas, sin embargo, se permitió admirarlos un momento más y se vio sorprendida por lo diversos que eran a los que ella había observado, aceptó su belleza única y soltó una lagrima.

La mariposa se inclinó hacia ella bajando su cabeza, como si de un agradecimiento se tratara, se levantó nuevamente y como solo las mariposas saben hacerlo, silenciosa y elegantemente abrió sus alas, y emprendió el vuelo.

Siempre ambas sabrían de las noches en vela, de los esfuerzos del día, del agotamiento, del amor y el cariño, que solo se puede agradecer, viviendo la vida.

3.1.3.4 Metáforas y lenguaje local, que describen los cambios entre sesiones.

Ejemplo 7 – Familia 2

Durante la primera sesión Fernando describió a través de una metáfora las sensaciones que tenía al padecer las alucinaciones.

F: Es como si estuviera encerrado en una caja en medio del Centro Histórico (de la Ciudad de México) a hora pico y como si todos estuvieran hablando al mismo tiempo.

T: ¿Estas voces hablan de algo en específico?

F: No, solo escucho como si hubiera mucho ruido en mi cabeza, sin embargo hay dos voces que cuando el ruido va desapareciendo se hacen más audibles, la primera es la de una mujer que me habla mientras estoy despierto y me dice que no puedo confiar en nadie, que solo me quieren hacer daño y por lo tanto debía matarlos, y hay otra voz que aparece cuando me estoy a punto de dormir, él me dice que confíe, que él me va a decir porque estoy vivo.

Durante la sesión se amplió el significado de esta metáfora, la cual realizaba para poder describir a los demás lo que sentía al estar viviendo las alucinaciones.

Esta descripción metafórica sirvió para que en las subsecuentes sesiones se pudiera elaborar una comparación sobre los cambios que presentaba Fernando.

Por ejemplo, en la cuarta sesión Fernando explicó que se había mantenido consumiendo sus medicamentos, que el antiepiléptico le provocaba mucho sueño y que el antidepresivo no le permitía dormir. Sin embargo, las alucinaciones habían disminuido o se habían comenzado a hacer menos audibles, esto le parecía bien ya que se sentía más tranquilo. Posteriormente explicó que el que estuviera ocurriendo esto también podía generar repercusiones, ya que “las voces se estaban hundiendo en su cerebro”, lo cual fue motivo de dialogo.

T: ¿A qué te refieres a que estas voces se están hundiendo en tu cerebro?

F: Como si en mi cerebro hubiera cárceles en las cuales se quedan cosas que ya no quiero recordar o pequeños recuerdos de memoria que se quedan allá o tal vez ahí están cayendo estas alucinaciones porque ya son por menor tiempo, ya no son tan fuertes, o tan evidentes, [...] siento como que es un poco menos el peso que me cae de estas alucinaciones.

T: Si algo que sentías antes, cuando te llegaban estas alucinaciones era como si estuvieras en una caja, en una prisión en medio del Zócalo a hora pico, ¿es cómo si tu pudieras colocar a estas voces en estas cajas y tu poder caminar libremente?

F: Si, es así

T: Había entendido que las posibles repercusiones es como si tuvieras estas voces en las prisiones, pero que aún así provocaran flashes, memorias o recuerdos de lo que no te gusta, de manera repentina. Pero también entiendo que haz colocado estas voces en estas prisiones y tienes más control de ellas. ¿Me podrías explicar acerca de esto?

F: Trato de controlarlas o encerrarlas en algún lugar, o ya no hacerles caso, tal vez siempre están hablando, pero debe haber un detonador que las haga más fuerte, y si ese detonador no me hace explotar, se quedan ahí y yo las ignoro.

T: ¿Es cómo si pudieras pasear libremente en tu cabeza, en tu mente, pero solo escucharlas sin ponerle atención?

F: Si

T: ¿Y algo que les permitiría salir son los detonadores?, ¿cuál es para ti el mayor detonador?

F: Es el enojo.

Al inicio de este diálogo se buscó comprender lo que el consultante quiso decir con que las voces se estaban hundiendo en su cerebro, ampliando su significado y comparándolo con la metáfora que había planteado durante la primera sesión. También el terapeuta hizo público su interpretación para co-construir la comprensión de esta y generar un sentido de agencia, buscando aquellos recursos o elementos que le pudieran servir al consultante para poder controlar los elementos de su problema.

Durante la sexta sesión, se presentaron Fernando con su madre, la señora Esmeralda, quien comentó que ella ha intentado generar cambios, como mostrarse más comprensiva y apoyando a Fernando. A su vez Fernando concluyó que, si él se mostraba más cercano a su madre y compartía con ella cosas importantes, ella también respondía de una manera similar, por lo que planteó que deseaba ser tratado como él trataba a los demás.

Fernando explicó que procuraba no alterarse tanto ante las alucinaciones que aún se llegaban a presentar, esto con el objetivo de tener una buena convivencia con su familia, y además de intentar darle una funcionalidad a estas sensaciones; mediante pintar la emoción que sentía en ese momento, en la pared de su habitación, la cual mostró al terapeuta a través de una foto que él le había tomado con su celular.

Esmeralda comentó que no se molestó con esto que él hizo, al contrario, intentó demostrar que respetaba, alentarle a que él se pudiera expresar de esta manera y a que le expresara el significado de la pintura.

T: ¿Cómo te sentiste al hacer esto?

F: Me sentí aliviado, como decirle, ahí te quedas. Como que lo que plasmé, ahí se quedó, como que ya no me va a hacer, ya no se me va a quedar, y ya no va a volver a salir, sino como que se quedó ahí y pues ya lo puedo ver y decir: ¡Oh! ¿Por qué hice esto? ¿qué significado tiene? O ¿por qué puse eso? O ¿para qué sirve esto? Ósea, no es ya como un “te veo con desprecio”, sino, un te veo con preguntas, de ¿por qué te hice así?

T: Cuando hablas de que ya no lo tenías como adentro o que al sacarlo, se quedó plasmado, ¿a qué te refieres? ¿A la pintura en si misma o a alguna emoción?

F: No, cuando di los brochazos de pintura como que lo que sentía se quedó ahí, como si las voces las hubiera plasmado ahí.

[...]

T: Recuerdas que era lo que escuchabas de las voces, ¿qué era lo que te estaban diciendo? O ¿me podrías explicar el significado de lo que pintaste?

F: La clave de sol no es una clave como la que está pintada en una partitura, ésta está pintada al revés. Esto porque mi vida no es normal, quise sentir el, yo no soy normal, pero te tengo que poner con belleza. Como que mi humanidad tiene que ser bella, aunque no sea un humano común y corriente. Las partituras empiezan con un tono un poco agudo y van subiendo hacia grave, esto quiere decir que mi tonada es algo triste pero armoniosa. Las flores, son 5 pequeñas y una grande, 3 flores representan a mi abuela, mi madre y

la tercera del amor de una pareja, y las 2 últimas de mis hijas o hijos; y la flor grande representa el afecto que siento a una persona que ya fue o como que tengo que dejar ir, es como una flor que cuando se arranca se seca y se marchita, como que no tengo que apropiármela yo, como que debo de dejarla ahí para mirarla todos los días.

T: Dentro de la melodía que pintaste, existe una nota aguda dentro de las graves, esta me dio curiosidad, ¿la habías notado?

F: Si

T: Para ti, ¿qué significa?

F: Que soy feliz con lo que soy, soy feliz con mi vida aunque tenga problemas o por más que sea rara, que sea extraña, soy feliz, y mi tonada puede ser feliz y armoniosa y no solamente triste y calmada.

Este diálogo es parte de una conversación más larga, donde Fernando explica lo que significa cada una de las partes de la obra que realizó o lo que estaba pensando mientras la llevaba a cabo. Se destacó, por sentido práctico, el inicio de la conversación para darle contexto y el final, para señalar las metáforas que describían estos cambios que percibía Fernando en sí mismo.

Nuevamente se puede observar la postura de no-saber del terapeuta, partiendo de la de idea que había ofrecido el consultante. No ofreciendo una interpretación directa de lo que había entendido, sino buscando generar la comprensión de lo que el consultante había explicado y a su vez co-construir para él mismo la comprensión de su actividad; lo cual se ve reflejado a su vez con el último diálogo.

No se sabía si Fernando había pensado anteriormente sobre esta parte de la pintura, sin embargo, al plantear la pregunta, puede darle sentido en la conversación y estructurar su realidad con este elemento.

Con estos cambios se puede ver reflejada también la postura del terapeuta de confiar en la incertidumbre, de confiar y creer en el consultante.

Asimismo, podrían haberse planteado las siguientes preguntas: ¿Qué pasaría si tu melodía volviera a ser triste y calmada? ¿Cómo te darías cuenta que la tonalidad cambia? ¿Cómo le permitirías escuchar a tu madre y familia, tu tonada feliz y armoniosa? ¿Con quién más mostrarías esta tonada feliz y armoniosa? ¿Cómo permitirías que otros te acompañaran a tocar música? ¿Cómo te darías cuenta que la melodía que haces con ellos te gusta o no te gusta? ¿Qué nuevas melodías te gustaría aprender?

Si las voces salieran de sus prisiones ¿Las podrías regresar a sus celdas tocando estas melodías armoniosas cual flautista de Hamelin? Dicen que la música calma a las bestias ¿También ocurre con estas voces? ¿Las voces que melodía provocaban en ti? ¿Esta melodía, ayudaría a desactivar los detonadores? ¿Cómo harías para tocar nuevamente esa melodía feliz y armoniosa?

Estos diálogos, fueron reflejo de lo que vendría después, al término de las sesiones, donde Fernando pudo exponer algunas de sus ideas acerca de los cambios que se habían gestado durante el periodo de las sesiones.

3.1.3.5 Metáforas que describen los cambios en la terapia

Ejemplo 8 – Familia 2

Durante la última sesión se hablaron de los cambios que había presentado Fernando, de aquello que consideraba le funcionaría para su vida y se le dieron ciertas recomendaciones, entre ellas la prevención de la recaída y se le invitó a continuar con su tratamiento farmacológico y a buscar atención psicológica.

Al final de la sesión se le pidió que expresara la sensación que tenía al terminar la terapia y se presentó el siguiente diálogo:

Fernando (F): Soy como una obra de arte, mi mente es una obra de arte que apenas empezara [...], y como cualquier genio artístico necesito un poco de ayuda y con ayuda de algunas cosas, de algunas otras personas, la hizo mejor. La empezó a formar [...], la formo hasta que se vio estable y le gustó.

Terapeuta (T): ¿Es como si estuvieras frente a una pintura que supieras inacabada?

F: Es como si estuviera vacía. Al inicio llegué con trazos, con garabatos y mientras fue pasando el tiempo, fui dándole color, dándole forma, dándole vida; fui metiéndole cosas que no son mías, pero que adopté. Para mí fue como el construir, el construir esa obra de arte pero no como de mí solo [sic], no, solamente yo agarre y dije, esto es mío, esto es mío, esto es mío, sino que, de ustedes, de mi familia, de mis amigos, empecé a agarrar otras cosas.

T: ¿Cómo si tomaras color o aprender un trazo distinto?

F: Si, y fui formando mi mente a cómo llegó a terminar ahora.

A través de esta metáfora es posible comprender la manera en la que Fernando observó los resultados de las conversaciones, y lo realiza de una manera en la que recuerda a la perspectiva colaborativa, en torno a la co-construcción de posibilidades, donde también se señala que es un proceso de construcción de significados, teniendo en cuenta que los cambios pueden provenir de varios ámbitos, o personas con las que tenga contacto, y que en terapia existe un espacio para indagar en estos significados; dando a entender que no solo de la terapia pudo obtener los elementos para el cambio, sino que de otras personas las fue tomando y le parecieron adecuadas.

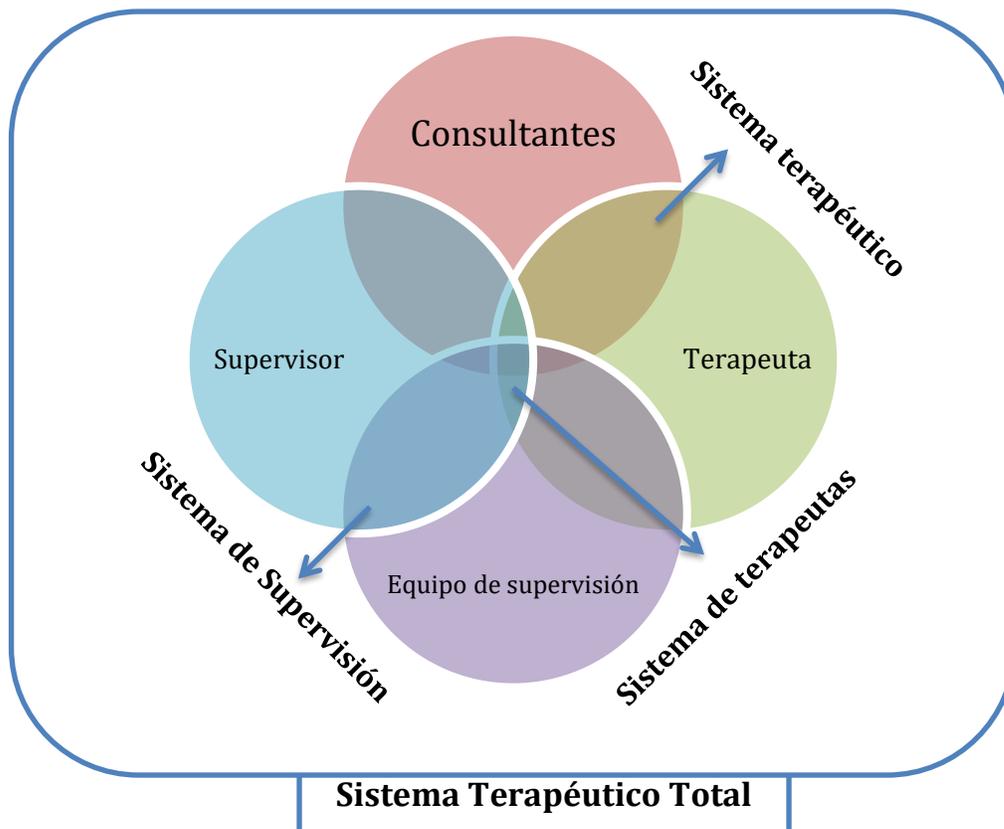
3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos que fueron escenarios de trabajo clínico.

Parte importante de la preparación en la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM, recae en el aspecto práctico y profesionalizante en el que los alumnos ponen a prueba los conocimientos teóricos de los modelos clínicos, así como en su cambio epistemológico.

Esta práctica se lleva a cabo con una metodología específica que tiene 2 propósitos principales, brindar la atención a los consultantes, y, por otro lado, generar aprendizaje en el alumnado. Esto se realiza con 3 subsistemas distintos, que trabajan a la par, aunque con objetivos similares, pero con algunos objetivos particulares.

En el siguiente esquema se puede observar la manera en la que esta metodología organiza a los subsistemas.

Figura 5. Representación del sistema terapéutico total.



El sistema terapéutico está conformado por los consultantes y el terapeuta. En el sistema de supervisión, se encuentra el grupo de terapeutas que participan de manera activa en el proceso terapéutico, pero detrás de la cámara de Gessell, el supervisor y si se da el caso un grupo de observadores. Al conjunto formado por el terapeuta, el grupo de terapeutas y el supervisor se le denomina sistema de terapeutas. Al sistema que conjunta estos tres subsistemas se le llama sistema terapéutico total.

Dentro de este sistema terapéutico total, cada uno de sus miembros es observado por los otros participantes, esto quiere decir que todas las partes de este sistema, tienen implicaciones en la terapia.

Los consultantes acuden a los terapeutas con la idea de que son expertos en resolver los problemas. Cuando conocen la forma de trabajo tienen presente que no solo el terapeuta a cargo interviene en las sesiones, también participan estos otros terapeutas y dependiendo de las divisiones físicas, se establecerán diferentes formas de interactuar.

Divisiones

El espejo supone una barrera permeable, que permite que el sistema de supervisión reciba la información de la familia y envíe, de tanto en tanto, información procesada de la que recibieron, esto mediante las llamadas telefónicas por parte de los supervisores a los terapeutas o por medio de la participación directa de algún terapeuta o el supervisor en la sesión. Al disponer de dos salas, divididas por un espejo unidireccional, se gana en independencia y autosuficiencia, el terapeuta deberá guiarse por su conocimiento y pericia, sin recibir la retroalimentación directa de los compañeros y el supervisor.

En la supervisión en vivo directa, el equipo ve directamente al terapeuta, la comunicación entre ellos tiene que ser discreta y el terapeuta puede estar pendiente de sus interacciones para obtener información sobre la opinión de sus compañeros sobre el camino que lleva. Cuchicheos, risas discretas, notas en una libreta, son elementos que complementan la interacción de los miembros del equipo, ya sea entre sí, e incluso acompañados por la supervisora.

Los pacientes en busca de una mirada, una palabra de aprobación o ayuda, solo tienen que voltear la cabeza para encontrarse con otras opiniones, pueden escuchar de lo que hablan y a veces, las palabras que llegan a su espalda, pueden modificar el curso de la sesión.

Otro momento en que la información pasa de una sala a la otra, es en la última parte de las sesiones, donde el equipo terapéutico participa de dos maneras. La primera, a través de un mensaje a los consultantes brindado por el equipo terapéutico, en donde se señalan aspectos observados en la sesión y proponen una tarea que consideren adecuada a su situación; en ocasiones, alguno de los terapeutas del equipo ingresó con los consultantes para compartir algunas ideas de lo observado y añadiendo impacto al mensaje. Por lo regular, al final del mensaje se daba termino a la sesión.

La segunda forma de trabajo en la última parte de las sesiones, consiste en la participación del equipo reflexivo, el cual permite a los consultantes escuchar a cada uno de los terapeutas dentro del sistema de supervisión, cada uno da sus opiniones y puntos de vista, cada uno diferenciado, en donde también el supervisor tendrá la oportunidad de aclarar las ideas que los terapeutas compartan en este espacio. La familia, al final puede responder a esta información.

Todas estas posibles formas en las que participa el sistema de supervisión en la terapia, generan diferencias que, a su vez, brindan información que debe ser considerada para el análisis de las sesiones, no solo por parte de las familias, sino también por parte de los terapeutas en formación.

A través del espejo: El equipo de supervisión

En ningún momento el sistema de supervisión se torna un ente de varias cabezas y una sola mirada apuntando a la misma dirección. Son varios terapeutas, observando desde diferentes posiciones lo que ocurre en el sistema terapéutico, al terapeuta, al supervisor e incluso a sí mismos.

Observar, escuchar, analizar, suponer y proponer son algunas de las tareas en las que cada uno de los miembros del equipo, aporta un valioso punto de vista al quehacer terapéutico. En la situación ideal, se encuentra receptivo y plantea sus preguntas al terapeuta a cargo o al supervisor. Sin embargo, a veces es posible que se generen juicios, señalamientos de lo que se considera una buena o mala intervención o pregunta.

Cada equipo se comporta de diferente manera, e incluso entre sus miembros puede haber tensiones, por lo que el supervisor debe observar estas pautas de comportamiento y realizar alguna intervención con ellos, con la intención de que se mantenga una visión respetuosa y cibernética de lo que sucede en el sistema terapéutico, y a su vez, los terapeutas en formación, deben estar al pendiente de sus conductas, ideas e interpretaciones.

Al formar parte del equipo de supervisión, mis preguntas más frecuentes eran: ¿qué es lo que sucede cuando todo el equipo ve lo mismo? ¿Es acaso algo bueno o nuestras ideas están girando en el mismo sentido y no nos permiten observar otras situaciones en la familia? ¿Qué pasaría si uno de los miembros del equipo tuviera la obligación de proponer algo distinto a lo que los demás piensan? ¿Cómo la relación de amistad y compañerismo puede afectar la relación como colegas?

Al encontrarse todos en un proceso de aprendizaje, el equipo de supervisión, apoyan con la multiplicidad de miradas, con los conocimientos teóricos, pero también con sus dudas, con sus incertidumbres, y miran en los supervisores un elemento trascendente en el aprendizaje, una guía para indicar el camino más adecuado, teórica y prácticamente.

Súper-visión: Ir más allá de lo evidente

Los supervisores son un punto donde varias fuerzas tornan su centro, y es que, el tener a una persona más versada sobre el arte y ciencia que se practica, generan una distinta manera en la que los subsistemas participan en todos los sentidos. Con su presencia y conocimiento la relación con el equipo y el terapeuta a cargo, los apuntes que se realizan con respecto a la terapia son contingentes a la misma, a partir de su pericia puede proponer preguntas o sugerir intervenciones que amplíen la información o que abran las posibilidades para los consultantes.

Asimismo, indagan en las ideas, creencias, mitos y emociones del terapeuta, con el equipo comparten sus suposiciones, señalan la circularidad, plantean preguntas, asignan funciones de observación y cuestionan los juicios de los miembros del equipo. Aunado a esto fungen como mediadores entre la institución sede y el sistema terapéutico total.

En el lado negativo los supervisores, falibles como cualquier otro ser humano, podían no presentarse a las sesiones, generar juicios, no creer en el conocimiento del terapeuta o descalificar sus puntos de vista; guardar elementos que se podrían considerar importantes, comparar a los terapeutas, etc.

Existieron algunos planteamientos que durante el periodo de aprendizaje elaboró el autor del documento, del cual retomo los siguientes

En torno al tema de los supervisores y su labor, las dudas que permanecieron en el autor de este reporte, versaron sobre lo siguiente: en ocasiones, por la falta de pericia y remanentes de la visión lineal, los terapeutas en formación encasillan a los usuarios en etiquetas, pero ¿qué oportunidad se tiene cuando el supervisor cae en estos encasillamientos? ¿Qué pasa si lo hacía con el terapeuta también? y ¿con los modelos terapéuticos? ¿Qué hacer si el supervisor tiende a ocupar un modelo terapéutico principal y recurre a él a pesar de haber acordado con el terapeuta en cargo el uso de otro? ¿cómo hacer que el supervisor realice una reflexión sobre su reflexión sin generar conflicto?

De manera personal el autor comparte que, como terapeuta, la presencia de los supervisores representaba mayor confianza en él mismo, pues sabía que por la experiencia que tienen quienes fueron sus supervisores y su mirada afianzada en la circularidad, le resultaban importantes sus intervenciones, confiaba que en caso de que tuviera dudas u observaran juicios en sus intervenciones, se lo señalarían. En todo caso, confiaba en ellas y esperaba la misma confianza, y deseos de permitirle su aprendizaje.

Yo, Terapeuta

A continuación, el autor de este informe, plantea a título personal sus reflexiones:

Me cuestiono desde varios puntos mi intervención como terapeuta, las creencias con las que comencé la labor de terapeuta y la terapia en sí misma, y la manera en la que éstas han progresado, además de pensar en aquellas ideas que subsisten. Creo que estas preguntas nunca dejarán de existir, y me parece adecuado que así sea.

Todo el tiempo cuestiono que es lo que debo hacer como terapeuta, acerca del poder, y la responsabilidad que tenemos en la relación terapéutica. Esto, debido a que, en varias ocasiones durante mi actuación, me he preguntado qué tanta capacidad tenemos para que las personas cambien, y cómo ser de utilidad para que el cambio sea para lo que ellos califican como adecuado o mejor.

Me pregunto sobre las narraciones sobre ser terapeuta y como estas narraciones son afectadas por el sistema de creencias sociales de la actualidad, sobre la manera en la que los terapeutas podemos influenciar estas creencias recíprocamente.

Con respecto a la responsabilidad reflexiono, ¿hasta qué punto los cambios o la ausencia de estos, son responsabilidad del terapeuta? ¿Se debe buscar o proponer cualquier acción con el fin de lograr los objetivos de la familia? ¿Cómo respetar las ideas de los consultantes aun cuando no se esté de acuerdo con sus objetivos?

A todas las preguntas que me he planteado, me respondo con una idea central, el amor es indispensable en un proceso terapéutico. El amor entendido como el encuentro, convivencia y aceptación de la otra persona, que permite construir mundos en común, validando sus perspectivas y aceptando que se forma parte de una matriz de constructos socialmente establecidos.

El profundo respeto se logra a través de amar y respetar a las personas que se presentan en sesión, sean cuales sean sus creencias, mitos, ideas, ilusiones, emociones, etc. Estar en comunión con ellos, para intentar comprenderlos y siempre buscando la forma de apoyarlos, no resolver su situación, pero acompañarlos en el proceso de descubrir los elementos que los puedan ayudar a ellos a resolver su escenario.

El poder que se ejerce, debe ser con la mayor conciencia de evitar cualquier posible daño al consultante, por lo que el terapeuta le puede decir, como por los riesgos que pueda asumir por sugerencias hechas en sesión.

El terapeuta debe ser respetuoso, con conocimiento que la gente conoce mejor que nadie su situación, abriendo posibilidades por medio de preguntas y observaciones, apoyado por la teoría, las técnicas y la creatividad; recordando siempre que, se presenta ante otros seres humanos que, como cada quien, tienen creencias y expectativas, del proceso, como de la forma en que deberían ser tratados, entre otras.

3.2 Habilidades de investigación

La Maestría en Psicología presenta un tronco común de asignaturas, en el que resalta, la importancia de la generación de nuevos conocimientos a través de la investigación. Durante los dos primeros semestres se imparten seminarios en los que el objetivo es que el alumno desarrolle y realice dos investigaciones, una de corte cuantitativo y la segunda de corte cualitativo.

En este apartado se presentan las investigaciones realizadas por el autor de este informe.

3.2.1 Reportes de investigaciones

3.2.1.1 Metodología cuantitativa

Título de la investigación: Percepción de la co-parentalidad en hijos de parejas separadas o divorciadas.

Autores: Luis Enrique Guevara Chimal y Katia Rodríguez Rodríguez.

Objetivo general: comparar la percepción de adolescentes mexicanos sobre la co-parentalidad de sus padres. La co-parentalidad fue definida por Cohen y Levin (2012) como el involucramiento y cooperación entre los padres para atender situaciones relacionadas a sus hijos después del divorcio (p. 48).

Metodología: Participaron 209 estudiantes, 145 mujeres y 64 hombres, pertenecientes a una escuela media superior público del D. F. de turnos matutino y vespertino.

Se les aplicó una versión traducida al español y modificada del cuestionario “*Co-parenting Behavior Questionnaire (CBQ)*” elaborado por Schum y Stolberg (2007). Del cuestionario original, se seleccionaron los cuatro reactivos de cada subescala con la mayor carga factorial obtenida, resultando así 48 de 91 reactivos. El instrumento original consiste en doce subescalas que reflejan cuatro factores de interacción entre padres, cuatro factores de crianza paterna y cuatro de crianza materna.

El instrumento fue validado y se obtuvo la confiabilidad por cada factor y por el instrumento completo a través del coeficiente Alfa de Cronbach, el cual fue de 0.936.

Discusión: Los hijos de padres separados o divorciados perciben una co-parentalidad menor que los hijos de padres juntos. No importa si hay un proceso legal en marcha o no, el hecho de la ruptura conyugal, ya establece una relación diferente.

La correlación negativa “a mayor tiempo de divorcio, menor co-parentalidad”, puede estar influenciada por cuatro obstáculos que Torres (2010) considera importantes para el ejercicio de la paternidad, en el cual el paso de los años es independiente: tiempo limitado, provisión económica, comunicación mediada y maternidad dominante. La correlación negativa “a mayor nivel socioeconómico, menor la posibilidad de co-parentalidad”, si se relaciona con el estudio de Cohen & Levin, (2012), se observó que los resultados fueron contrarios, ya que ellos muestran que los bajos ingresos se asocian con una mayor tensión -hostilidad entre ambos padres. Las semejanzas con los hallazgos de ese estudio, se presentan respecto a las expectativas que se tiene de un padre y una madre, es decir, persisten las expectativas estereotipadas de género.

En cuanto a la relación padre-hijo, es diferente la relación que mantiene un padre unido a su esposa, en comparación con un padre separado o divorciado, pero no hay diferencias específicas entre éstos últimos. Sobre el afecto materno y la disciplina materna, independientemente de su estado civil, la madre se muestra firme, exigente, establece reglas y aplica castigos, pero también puede ser cálida, cariñosa y afectuosa.

La disciplina paterna, es diferente en padres que viven con su esposa a los padres separados o divorciados, pero en estos últimos no se encontraron diferencias. La demostración de su afecto es mediante atenciones a sus hijos.

3.2.1.2 Metodología cualitativa

Título de la investigación: Divorcio, adolescencia y co-parentalidad

Autores: Luis Enrique Guevara Chimal y Katia Rodríguez Rodríguez

Objetivo: Conocer y describir, cómo es percibido el fenómeno de la co-parentalidad en hijos adolescentes con padres divorciados o separados, cómo observan la relación entre los padres, cómo califican la relación con ellos y cuál era la expectativa que tenían previo, durante y después del divorcio o separación.

Metodología: Se utilizó una entrevista semiestructurada con una mujer de 16 años, de la cual sus padres se encontraban separados desde hacía 5 años. Su modo de convivencia era mediante custodia compartida, donde ella vivía por periodos de una semana con cada padre, de manera alternada. Su madre tenía un bebe de 1 año con su nueva pareja, quien vivía con ella.

La entrevista partió de un eje general y posteriormente se dividió en temas específicos. En el eje general existieron preguntas sobre la percepción individual de cada integrante de la familia ante la experiencia del divorcio. Como temas específicos se indagó en las situaciones que llevaron a la separación de la pareja; las maneras en las que los participantes habían intentado adaptarse a la nueva situación familiar, las maneras en que lo habían intentado y el resultado de estos esfuerzos; la manera en la que percibieron que habían establecido la co-parentalidad y las formas en las que lo realizaban; y, por último, la percepción del cariño y amor de sus padres hacia ellos.

Posteriormente se transcribieron las entrevistas y se utilizó el programa Atlas.Ti para codificar por categorías y subcategorías su contenido, y analizar los contenidos de los discursos mediante mapas.

Resultados: Se establecieron 7 categorías principales, triangulación y conflicto entre padres; respeto y comunicación; calidez, vigilancia, comunicación y disciplina por parte del padre; calidez, vigilancia, comunicación y disciplina por parte de la madre; percepción individual sobre la situación; adaptación al divorcio; y demostraciones de afecto.

Conclusiones: Se pudo observar que entre los padres no existía una relación de coparentalidad, a pesar de que la custodia era compartida y existía el pacto de las semanas turnadas.

La triangulación con la participante era frecuente, y la comunicación entre ellos era nula, no se obtuvieron datos de un posible conflicto abierto entre los padres y posiblemente fue por el simple hecho que no se hablaban.

Con respecto a la relación que mantenía con cada uno de los padres, se observó que la participante los percibía con caracteres totalmente diferentes, su padre se comportaba de manera pasiva y su madre tendía a ser agresiva, esta combinación pudo haber funcionado cuando estaban juntos, pues tendrían complementariedad, algo que la participante asoció al establecimiento de reglas, sin embargo, al estar separados, ejercían fuerzas contrarias y al no establecer acuerdos para las reglas, ésta posible complementariedad era transformada en competencia. También la participante notaba que era posible que la relación se hubiera visto afectada por el segundo embarazo y aborto, y posteriormente el nacimiento del segundo hijo de su madre.

De las cosas que se pudieron notar en los relatos de la participante, se interpretó nostalgia y anhelo, a partir de la idea del posible reencuentro entre sus padres, la cual describió que fue rota tras el embarazo de su madre, y la idea de la no-felicidad que observaba en los padres, por las cuales, se interpretó que sintió que posiblemente ellos pudieron ser felices si se hubieran esforzado más, pero con incertidumbre por lo ocurrido, ya que pudieron haber pasado cosas más graves.

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento / Atención y prevención comunitaria

3.3.1 Productos tecnológicos realizados como manuales, videos, programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc.

A lo largo de la Maestría el autor elaboró una serie de productos tecnológicos. Con ellos se pretendía generar recursos durables que pudieran enriquecer o complementar la formación de los terapeutas, además de poder ser compartidos a otros terapeutas en formación y a la comunidad. Los productos que se elaboraron fueron:

- **Manual y video de Modelo de Terapia Estructural.** Manual individual, en el que se describieron conceptos y técnicas, además se plantearon ejemplos en los que estas técnicas pudieron ser utilizadas. Se elaboró un video con el cual se ejemplificaban las técnicas descritas en el manual. Este video fue elaborado en conjunto con el equipo terapéutico.
- **Video de promoción de la salud para el Seminario de Modelos de Intervención.** Se realizó un video, en el cual se describieron algunas formas en las cuales las personas podían desarrollar un estilo de vida saludable, cuidando su alimentación, haciendo ejercicio y horarios de sueño. El video fue elaborado en colaboración con José Alberto Hernández Pulido.
- **Video de Modelo de Terapia Estratégica.** En este video se presentaron datos sobre los antecedentes del modelo, principales técnicas y una muestra de cómo se realiza una intervención con este modelo. El video se presentó en conjunto con el equipo terapéutico.
- **Manual y video del modelo centrado en problemas del MRI.** En este video se expusieron algunos puntos básicos de la teoría, así como el ejemplo de un caso donde se expusieron algunas de las técnicas del modelo. Este video fue elaborado por todo el grupo.

- **Compendio de historias para uso terapéutico para el Seminario de Modelos de Intervención II.** Este compendio de metáforas fue elaborado para ser utilizado por los terapeutas, durante su trabajo clínico en diferentes circunstancias. Estos cuentos, fueron elegidos de diferentes autores, ajustándose a las etapas del ciclo vital de la familia, con base a las problemáticas más características que presentan las familias en cada una de estas etapas. Este compendio fue elaborado de manera grupal, destacando la participación del presente autor como autor de dos cuentos publicados dentro de este compendio.
- **Manual y video del Modelo de terapia breve centrado en soluciones.** En el manual se presentaron ideas generales sobre los principios del modelo y una descripción breve de las técnicas desarrolladas por el mismo. Además, el video ejemplificó el uso de las técnicas en un contexto terapéutico, con la intención de que sea usado como complemento del manual.

El manual fue elaborado de manera individual y el video en colaboración con el equipo terapéutico.

3.3.2 Presentar los programas de intervención comunitaria realizados

El autor de este informe, participó en 3 talleres programados para derechohabientes de la tercera edad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla.

1. Taller de manejo de la ansiedad, impartido el 15 de marzo del 2013, con duración de dos horas. En este taller se les proporcionó información sobre la ansiedad, los síntomas y las problemáticas que se derivan de esta problemática. Posteriormente se les explicaron algunas técnicas de relajación progresiva y se aplicó una de las técnicas reseñadas.

2. Taller de bienestar saludable, impartido el 7 de junio del 2013, con duración de dos horas. En este taller, se les proporcionó información sobre la responsabilidad del bienestar de cada uno. Se les explicó como los conceptos son construidos de manera social, pero cada uno le otorga su significación, y es por eso que cada uno decide el cómo las situaciones externas influyen en la propia vida.

Durante la exposición, se les explicaron algunos pasos para reconocer lo que realmente hace a cada uno feliz, por lo que se llevó a cabo un ejercicio, donde cada uno realizó una lista de cosas que disfrutan y como hacerse responsables para lograrlas o disfrutarlas.

3. Taller de plan de vida en la tercera edad, impartido el 21 de junio del 2013, con duración de 2 horas. En este taller se les proporcionó información para la elaboración de un plan de vida a corto, mediano y largo plazo, como definir las áreas u objetivos a lograr y como notar sus avances.

Los talleres se impartieron con un formato de explicación y tiempo de preguntas o experiencias de las personas; todo esto apoyado por diapositivas.

3.3.3 Constancias de asistencia y/o la presentación de trabajos en foros académicos.

Asistencia

1. El alumno asistió al 4º Congreso Internacional de Psicología realizado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, llevado a cabo del 29 de noviembre al 2 de diciembre del 2012.

Los talleres en los que estuvo presente fueron:

a) Rituales en Psicoterapia del Dr. Víctor Fernández, donde se expusieron las situaciones convenientes y los pasos para realizar un ritual terapéutico.

b) Una Ecología de las Ideas (I y II) de la Dra. Nora Bateson, quien expuso algunas de las ideas generales escritas por el Dr. Gregory Bateson.

c) Diez cosas que todo hipnoterapeuta debe saber del Dr. Dan Short. En esta conferencia se explicaron 10 cosas que todo terapeuta debe tener en su repertorio básico de ideas sobre psicoterapia y la situación terapéutica.

d) Cibernética del Corazón: El arte de la danza con el cambio y Convertirse en Terapeuta que Cura (I y II) de Dr. Bradford Keeney & Hillary Stephenson. Taller vivencial, en el cual se expusieron casos y se desarrollaron maneras creativas de acercarse al cambio.

2. En agosto de 2013, asistió al taller: “Modelo de Terapia Breve de sesión única”, impartido por el Dr. Monte Bobele, de la Universidad de Our Lady of the Lake por el Grupo Campos Eliseos. Sede, Polanco.

3. En marzo de 2014 asistió al taller, “Intervenciones terapéuticas en Adolescentes Difíciles”, impartido por el Dr. Matthew Selekman, director de Partners for Collaborative Solutions en el Centro de Terapia Familiar y de Pareja. Sede Oaxaca.

Ponencia

1. En octubre de 2013, el autor de este informe, participó como Ponente en modalidad Cartel, en el “VII Congreso de Posgrado en Psicología 2013”, con la investigación “Evaluación de la Percepción de Adolescentes sobre la Co-parentalidad de sus Padres”. Realizado en la Unidad de Posgrado, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por la participación en cada una de las actividades, el alumno recibió una constancia, las cuales se agregarán en el apartado de anexos al final de este documento.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

En el presente apartado, el autor de este informe expone algunos de los valores con los cuales se identifica como persona, los significados de estos valores, así mismo, cómo los integran en terapia y algunos planteamientos éticos que se plantea de manera práctica.

Libertad: Considera que es el principal derecho y valor para la dignidad humana. Cree que todos los seres humanos son libres de vivir de la manera en la que se sientan satisfechos, felices, y que este estilo de vida sea acorde a sus creencias y valores, considera que tienen la libertad, de hacer, decir, pensar lo que quieran, o estar con quien quieran; también, que son libres de no hacer, no decir, no pensar, o no estar, todo ello, entendiéndolo como que debido a la naturaleza social de los seres humanos, debe respetarse la libertad de los demás y sus vidas.

Afirma que la libertad conlleva a ser responsable y a ser respetuoso, elementos que considera puntales para la convivencia en sociedad, mismos que describe como:

Responsabilidad: El acto de asumir las consecuencias de toda acción realizada, sobre todo aquellas que se realizan sin encontrarse en una situación que ponga en riesgo a la persona.

Respeto: Capacidad de tolerar, y aceptar la diversidad de estilos de vida, creencias, e ideas de otras personas. Considera que esto no significa que se acepten todos los estilos de vida y que se tiene que ser tolerante a aquellos con los que no se está de acuerdo; sin embargo, recalca que la forma en la que se debata o se pretenda abrir un dialogo para la reflexión debe ser de manera pacífica.

Para el autor, los tres valores anteriormente descritos se encuentran conectados con el rechazo de toda violencia, pues la libertad y la violencia se contraponen.

Rechazo a la violencia: Retoma que la violencia puede ser comprendida como todos aquellos actos (entendiendo toda forma de expresión como un acto) u omisiones que privan de libertad, someten, hieren y disminuyen la voluntad de las personas que la reciben. Además, la violencia destruye la confianza de las personas, limita sus posibilidades y libertad de elección.

Afirma que los diferentes tipos de violencia que pueden existir, es importante que, sean señalados para hacerlos visibles, y, además, sean nombrados para que, a partir de ser identificados, se puedan tomar acciones contra ellos. A continuación, se describe la concepción que tiene de cada uno de los tipos de violencia.

- **Violencia física:** Son considerados aquellos actos que dañan el cuerpo y la salud física, como por ejemplo empujones, bofetadas, puñetazos, puntapiés y los golpes con objetos.
- **Violencia sexual:** Es todo acto verbal o físico con connotaciones sexuales que se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento, que vulnera su libertad, daña su autoestima y desarrollo psicosexual, que genera inseguridad, sometimiento y frustración. Sus formas son el hostigamiento, el acoso, el tráfico y la explotación sexual, el incesto, el estupro y por supuesto la violación.
- **Violencia económica:** Es una de las prácticas más sutiles de la violencia, que consiste en el control o restricción del dinero o de los bienes materiales como forma de dominación o castigo. Una de sus manifestaciones más frecuentes es el de otorgar un salario menor por la misma cantidad de trabajo en el mismo centro laboral.
- **Violencia patrimonial.** Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, o retención de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **La violencia emocional.** Se ejerce a través de palabras, gritos, gestos agresivos, malos tratos, falta de atención, silencio y chantajes, que buscan denigrar, intimidar, amenazar o manipular a la persona violentada, y aunque aparentemente no dañan, lo hacen profundamente, destrozando la autoestima y la estabilidad emocional. Incluye los insultos, los gritos, las palabras hirientes u ofensivas, las descalificaciones, las humillaciones, las amenazas, los piropos que causen molestia, etc.
- **La negligencia** puede ser parte de todas las formas de violencia antes mencionadas, por ejemplo, en la violencia física la falta de atención de un bebé o un infante puede llevarlos a desarrollar enfermedades que afecten su cuerpo.

En relación a la violencia sexual, la falta de atención a las quejas que alguna persona vulnerable realizan ya sean mujeres, menores de edad, personas con discapacidad, etc., y que no son atendidas, pueden llevar a una agresión mayor situaciones de mayor riesgo.

Otra forma de violencia que el autor percibe, es la **discriminación**, la cual entiende como cualquier acto u omisión que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, también en el sentido de dar preferencia a un cúmulo de ideas solo por no pertenecer al “cuadro de conocimientos de cierto grupo”.

Imposición: la cual entiende como cualquier acto u omisión dirigido a coartar la libertad de elección o pensamiento de las personas en favor de una decisión, idea o tradición de otro, sin consentimiento, ni dialogo.

Para el autor, estos dos últimos tipos de violencia, considera que se pueden presentar en terapia, cuando los conocimientos y la forma en la que las personas entienden o construyen las ideas sobre su problema son menospreciados, dando como ciertos aquellos conocimientos, interpretaciones o teorías del terapeuta, y por lo tanto, considerándolos de mayor relevancia o validez, haciendo que las ideas, propuestas o soluciones derivadas de la creatividad del paciente sean descalificadas, generando en los pacientes una sensación de ignorancia, inadecuación, dependencia o impotencia.

Ante todas estas formas de violencia, el autor propone como aplicables los valores prácticos como el respeto, la diversidad e inclusión, la equidad, democracia, y la cooperación, aplicables en la vida como en la terapia.

Percibe que el **respeto** es un valor imprescindible en el contexto terapéutico, que puede ser conseguido mediante estrategias que incluyan la curiosidad, el evitar los juicios de valor, y pidiendo permiso. Otra forma es al considerar que el terapeuta es solo un acompañante en el constante caminar de los usuarios, que su injerencia representa solo una de las tantas voces que pueden verse involucradas en el proceso de cambio. Asimismo, reflexiona que solo es posible conocer a los consultantes por lo que hablan y por aquello que alcanza a comprender el sistema terapéutico, por lo que se tiene que trabajar con unos cuantos cuadros de la película que representa sus vidas.

Diversidad e inclusión: la cual entiende como todos los actos que buscan generar un ambiente de apertura ante todas las posibilidades que la vida ofrece, tolerancia a los estilos de vida, formas de solución o metas que han elegido, siempre y cuando no lastimen a nadie más. Propone que es importante considerar que no existen maneras correctas e incorrectas de vivir la vida, mientras en estas no ejerzan violencia, y que no debe ser motivo de discriminación las decisiones que tomen.

Equidad y democracia: Atender todas las voces presentes en terapia, ya sean de manera presencial o en referencia, escuchar las opiniones de los miembros, y darles su relevancia. Esto permite que los involucrados en el proceso puedan entrar al proceso de negociación, explicando su punto de vista, o en dado caso, que pueda exponer sus preocupaciones y miedos en aquellas situaciones donde no la tiene.

Afirma que existen ciertas situaciones en donde las decisiones se deben tomar de manera unilateral, en estos casos hay que reconocer cuales son estas decisiones, y entender que una manera democrática no es necesariamente la vía más conveniente.

Cooperación y amor: En este segmento el autor se permite citar a Maturana y Varela (1990) quienes comentan:

El conocimiento del conocimiento obliga. Nos obligan a tomar una actitud de permanente vigilia contra la tentación de la certeza, a reconocer que nuestras certidumbres no son pruebas de verdad, como si el mundo que cada uno ve fuese el mundo y no un mundo que traemos a la mano con otros. Nos obliga por algo sabe que sabemos, no podemos negar lo que sabemos (...).

En esta ética, lo central es que un verdadero hacerse cargo de la estructura biológica y social del ser humano *equivale a poner en el centro a la reflexión de que éste es capaz y que le distingue.*

Equivale a buscar las circunstancias que permitan tomar conciencia de la situación en que se está -cualquiera que ésta sea- y mirarla desde una perspectiva más abarcadora con cierta distancia. (p. 208).

Y continúa:

Esto mismo nos permite darnos cuenta de que el amor, o la aceptación del otro junto a uno, en la convivencia, es el fundamento biológico del fenómeno social: Sin amor, sin aceptación del otro junto a uno, no hay socialización y sin socialización no hay humanidad (...) no hay fenómeno social y que, si aun así se convive, se vive hipócritamente la indiferencia o la activa negación (p. 209).

Solo tenemos el mundo que creamos con el otro, y de que solo el amor nos permite crear un mundo en común con él (p. 210).

Por lo que, el autor de este informe, considera que la conversación terapéutica, es un acto de amor con el otro, creando un mundo en común con aquel que comparte con nosotros un pedazo de su vida, y es a través del amor, con el que todo conocimiento debe ser compartido. La perspectiva del terapeuta es tan válida como la de ellos, y plantea, que si acuden al servicio es con ánimo de que algo cambie. Incluso, debe de revisarse y analizarse aquellas ideas que se eligen cuestionar, y se debe hacer con amor y respeto a las personas; no son ellos quienes “están mal”, son las ideas en las que fueron adoctrinados, es el sistema del que forman parte, pero probablemente no lo han escogido con libertad, ha sido impuesto, y, por lo tanto, el cuestionarlo, también es un acto de amor.

CAPÍTULO 4.

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Para el autor de este informe, la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, podría ser descrita como un conjunto de aprendizajes y cambios, que trastocan la mirada de aquel que la cursa. La epistemología Cibernética, en la que está basada y la perspectiva teórica del programa, tienden a generar una serie de reflexiones que hacen inevitable cuestionarse los límites de lo llamado “realidad” y “ciencia”.

Este aprendizaje comienza con una revisión de los principales autores de los que la terapia sistémica se sustenta. Bertalanffy, Bateson, Wiener, etc., proponían ideas completamente radicales, y distintas de lo que en su tiempo se elaboraban. El positivismo había alcanzado uno de sus puntos más álgidos, y estos autores no se encontraban completamente satisfechos con lo planteado por los positivistas, ya que consideraban que la ciencia lineal tenía un alcance bastante limitado para comprender a los seres vivos y sus interacciones; requerían una apertura a lo contextual y a las conexiones ambientales e individuales.

La principal teoría en la que se sustenta es la Cibernética, la cual invita a observar todo lo relacionado a los seres vivos, como un patrón de intercambio de informaciones, los cuales se repiten, estableciendo ciclos recursivos que no se cierran sobre sí mismos, sino que establecen interacción con otras partes del ambiente, y llevan estas nuevas informaciones a todos los sistemas con los que tienen interacción.

Inevitablemente al hablar de ciclos de recursión, de los contextos y de las interacciones, los observantes terminarán formando parte de lo observado. Además de integrar otro componente, que, al ser entes corpóreos y temporales, nuestra visión o entendimiento siempre estará supeditada a nuestra capacidad para observar los fenómenos y, por lo tanto, aquellas descripciones que se realicen tendrán que ver más con quien las realiza, que con el fenómeno en sí mismo. A esto la cibernética de segundo orden le llamará “autorreferencia”.

Por último, para el análisis de las interacciones humanas, se introduce una nueva propuesta. En esta se considera que, al ser seres sociales, nuestro entendimiento también dependerá de nuestro contexto social. Plantea que nuestra comprensión, está vinculada a los sistemas lingüísticos en los que operamos: lenguaje y significados, mismos que son generados y participamos de éstos a través de nuestra interacción social, lo cual constituye un gran ciclo recursivo.

Los autores socio-construccionistas exponen que los límites del lenguaje, son los límites de la realidad, una realidad construida de manera “consensuada” con los otros que participamos en esta construcción y, por lo tanto, lo que cada uno realiza contiene una perspectiva sobre lo que debe ser, acorde a lo que su contexto sociohistórico indica, consecuentemente, lo personal es político.

Los modelos de psicoterapia abordados durante la maestría, son aplicaciones prácticas de las perspectivas epistemológicas y teóricas en la vida de las personas. Cada uno de estos modelos, fija su perspectiva desde un punto diferente dentro de las interacciones, todos son enriquecedores, y aportan a la práctica opciones para conocer e intervenir con las familias e individuos.

Las habilidades clínicas que se desarrollan dentro de la maestría son: establecer un contacto terapéutico con los solicitantes de manera colaborativa, que permita definir los motivos de consulta y objetivos de la terapia con ellos. En relación a estos objetivos, realizar entrevistas sistémicas, identificar los intentos de solución, los recursos y fortalezas dentro y entre los sistemas, así como aplicar la metodología emanada de cada uno de los modelos revisados, y fundamentar su uso dentro de la terapia. Además, las habilidades clínicas, permiten identificar las técnicas y procedimientos adecuados para incidir en la problemática presentada, así como evaluar los resultados de las mismas o buscar otros procedimientos, y si estas tienen éxito, terminar el tratamiento.

También, los reportes de tratamiento resultan importantes para dar seguimiento a la atención, además de, ser un elemento que puede ser utilizado para la investigación, punto en el cual, el alumnado de la maestría participa.

Asimismo, durante la maestría, se desarrollan habilidades de investigación y enseñanza, con las cuales se diseñan y aplican proyectos de investigación sobre los problemas que muestran los usuarios o que el alumnado nota en la sociedad. Estos estudios son aplicados con metodologías cuantitativas o cualitativas, ya que en la formación ambos estilos de investigación son importantes.

El alumnado debe participar en congresos donde pueda difundir los conocimientos generados por las investigaciones realizadas, así como poder aprender y/o compartir lo que otros han desarrollado en sus investigaciones o en su quehacer como terapeutas.

Además de los congresos, los alumnos participan en la comunidad, elaborando programas y proyectos de salud comunitaria, para prevenir o intervenir en algunos problemas familiares, grupales o individuales.

Todo esto enmarcado con el compromiso social y ética que se exigen en el programa, mostrando respeto y compromiso con todos los usuarios, asegurándoles un servicio confidencial a estos y a sus datos. Además, se fomenta un trato sensible a las necesidades que presentan, para lo cual es necesario analizar constante y honestamente el trabajo realizado, para actualizar e innovar las capacidades y responder de manera profesional.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

En el presente apartado considero que, al ser un tema de índole propia, es inevitable el uso de un lenguaje en primera persona.

Es difícil identificar el primer momento en el que me impulsé a estudiar la Maestría. Desde antes de terminar la Licenciatura, me visualizaba llevando a cabo el posgrado; sin embargo, un momento definitorio para inclinarme por la Residencia en Terapia Familiar ocurrió ante los consultantes. Había participado en cursos y talleres para mejorar mi práctica terapéutica, pero a mi mirada escapaban ciertas cosas, en particular, el impacto de los cambios realizados por ellos sobre sus familias y como los llevaban a retornar a las problemáticas iniciales. Es por ello que, me incliné por un estudio más amplio, que contemplara el contexto de las personas.

Entrar a la maestría resultó un privilegio, en todos los sentidos. El profesorado, el regresar a la UNAM, formar parte de un programa de excelencia académica del CONACYT, mis compañeros de clase; tener todas estas dichas enriquecieron mi experiencia.

En general para mí resultó un proceso de aprendizaje constante, de crítica y reflexión individual y social. Los conocimientos, considero, que los fui absorbiendo de manera paulatina, y es que el cambio epistemológico, en una sociedad que prima el pensamiento lineal, me resultaba complicado, y al intentar explicar desde una perspectiva circular alguna situación, terminaba utilizando un lenguaje lineal y por lo tanto sintiéndome atrapado en una red de confusión, pero estos se fueron asentando y terminé sintiéndome cada vez más con una visión de complejidad, y siendo capaz de poder abordar teórica y prácticamente, aquellas problemáticas que se me presentaban.

Con respecto a los modelos teóricos, estos me fueron apoyando a entender de poco en poco, la trascendencia de la epistemología y fui notando como cada uno de estos, se apoyaba de manera diferente en ciertos aspectos dentro de la gran trama de la complejidad. En particular, me sentí muy cómodo con el modelo centrado en problemas, y con el enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje. Siento que en ambos modelos vi reflejado de manera clara el cambio epistemológico y me permitieron vivenciarme de una manera diferente, sobre todo en el aspecto terapéutico.

Hablando precisamente de la terapia y la supervisión, creo que este es un aspecto que hace destacar a la maestría; y un factor por el que me siento sumamente privilegiado. Tener supervisoras con gran capacidad de observación y experiencia, es algo inigualable, algo que jamás se podrá conseguir por muchos libros que se puedan leer. Escuchar sus opiniones, compartir sus experiencias, verlas durante las sesiones participando con las familias, es algo sumamente gratificante. De cada una de ellas aprendí algo, y así como diría Erickson, “su voz me acompaña”.

Algo por lo que también me sentí agradecido, fue por el poder contribuir y participar con los compañeros en los aprendizajes que fuimos construyéndola través de los seminarios, de las retroalimentaciones después de las sesiones, de las recomendaciones bibliográficas e incluso de su compañía.

Formar parte de un equipo terapéutico para mí fue una dicha, que cada vez se vuelve más significativo, ya que en pocas ocasiones posteriores a la maestría he podido tener la oportunidad de colaborar con un equipo, por el contrario, la labor del terapeuta en el esquema tradicional, donde solo se encuentra con los pacientes, resulta un tanto solitaria.

Al salir de la maestría me fui insertando en los campos de ayuda social y laboral, en ambos, la perspectiva sistémica, y mi labor, se ha visto apreciada. He colaborado con instituciones que apoyan a población vulnerable que tienen dificultad de acceso a un servicio de salud, a población con VIH y a mujeres que viven violencia familiar.

La perspectiva sistémica en el trabajo con estos grupos vulnerables, resulta muy útil. El análisis de los fenómenos desde una visión de complejidad, permite observar cómo se entrelazan los factores que pueden influir en la problemática, sus significados y como se retroalimentan. Las intervenciones y la duración del tratamiento, tienden a ajustarse a las necesidades de las personas.

En el aspecto de la terapia, la visión resalta por los buenos resultados que presenta, al tener la posibilidad de adaptarse a diferentes esquemas de trabajo, ya que los consultantes, al observar que sus metas se van materializando en un tiempo reducido, se muestran satisfechos y con la expectativa de cumplir el siguiente objetivo.

Por último, con respecto a la investigación, también se gana una visión privilegiada ya que conocemos los métodos cualitativos y cuantitativos, y sabemos aplicarlos, evitando mitos y temores que generan éstos en los investigadores que se comprometen con uno u otro método.

Uno de los objetivos que he marcado en mi camino profesional y de vida es, el brindar bienestar a la mayor cantidad de personas posibles, es por eso que el aspecto social me resulta tan importante. La formación de la maestría me ha permitido incidir de manera positiva en situaciones donde la atención psicológica es necesaria.

Sin embargo, considero que, si bien, la formación sentó las bases para llevar a cabo una atención de calidad, para analizar, comprender y llevar a cabo las propuestas de otros autores, siempre existen situaciones por mejorar; en temas sociales específicos existe mucho potencial en el que el programa podría ahondar, como por ejemplo en situaciones de crisis ante desastres naturales, con poblaciones vulnerables como mujeres, grupos indígenas y población en pobreza, además de apoyar reduciendo la brecha de género.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo

Durante la maestría, la revisión y reflexión de la epistemología generó un gran cambio en mi forma de entender mi realidad y la forma en la que me relaciono con ella. Este cambio no se dio de manera instantánea, fue descendiendo, acomodándose en el proceso.

Resultó como una piedra que es lanzada a un lago de aguas tranquilas, visiblemente se encuentran inmóviles, aunque debajo de su superficie siempre existe vida y, por lo tanto, cambios. Círculos concéntricos se mueven, para chocar con los bordes de piedra del lago, que devuelven a si mismo otro ritmo. El golpe que produce esta piedra, trastoca la calma, y la vida que existe debajo de ella, los peces se agitan, lo que a la par, mueve a todo el ecosistema. Al final, cuando la piedra se acomoda en el lecho del lago, y aun cuando la calma haya regresado, podemos decir que el lago no es el mismo.

Comprender que no se puede no comunicar fue un paso importante y significativo en mi entendimiento de la teoría y mi cambio como persona, de ahí partió mi visión de la circularidad y de los procesos esquizmogenéticos, que a su vez generan procesos de morfóstasis o morfogénesis. Comprendí que en mi actuar, dentro y fuera del consultorio, todo tenía un impacto en la conducta del otro, incluso sin estar presente; lo cual me llevó a pensar en la responsabilidad de mis acciones, inacciones u omisiones.

La autorreferencia, fue un concepto que nuevamente abrió mi mirada a otro proceso circular, uno que buscaba desarrollar y tener presente en todo momento, ya que los profesores nos invitaban a notar aquellas cosas que observábamos en las familias, con preguntas que indagaban más allá del mero contexto teórico y apuntaban a la construcción de nuestros conocimientos, de los mitos familiares y de las normas sociales. Este conocimiento fue relevante porque me ponía dentro de lo que observaba, y no solo como un mero espectador que no influye en lo que percibe, como en la licenciatura se enseñaba.

La teoría socioconstruccionista me permitió nuevamente reflexionar sobre el conocimiento y mi autorreferencia, tener siempre presente que mi realidad no es la misma que observa la otra persona, a ser crítico de mis conocimientos y responsable con el poder que ejerzo.

Así mismo, la incertidumbre resultó una herramienta muy útil, asumirme ignorante de la construcción de la realidad que tiene el otro y validar los cambios con los que pueda sentirse adecuada la persona; esto me ayudo para abrirle las puertas a la curiosidad y a una relación terapéutica centrada absolutamente en las personas, y no en los modelos.

Estos cambios, al finalizar, se fueron acomodando dentro de mi actuar, adaptándose y dejando un margen para acercarme a las personas, no entrar en conflicto, y conocer sus puntos de vista sobre algunas situaciones en particular, sin negar mi conocimiento, pero no privilegiándolo. Esto ocurre principalmente con otros que consideran tener poder en su conocimiento.

Existe una frase de Maturana y Varela escrita en “El Árbol del conocimiento” (1990), que me ha sido de mucha importancia:

Todo acto humano tiene lugar en el lenguaje. Todo acto en el lenguaje trae a la mano el mundo que se crea con otros en el acto de la convivencia que da origen a lo humano; por esto, todo acto humano tiene un sentido ético. Este amarre de lo humano a lo humano es, en último término, el fundamento de toda ética como reflexión sobre la legitimidad de la presencia del otro (p. 209).

Esta cita la guardo especialmente conmigo, intentando recordarme que, lo que sé, es solamente una forma de saber; que lo que considero como cierto, no necesariamente lo es para ese otro, sin embargo, por ética y por amor, me doy la oportunidad de mantenerme en vigilia contra la tentación de la certeza, recordando que siempre existirán otras formas o métodos para observar los fenómenos, y que la convivencia, el compartir y conversar es crear mundos con los otros, eso para mí, es mi forma de expresar amor al otro.

Bibliografía

- Alconsumidor, A.C. . (2010). *Salud mental, discriminación y aseguradoras: Las acciones colectivas como catalizador de mejores prácticas*. México, D.F.: Alconsumidor, A.C.
- Andersen, T. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y familia* , 9 (1), 14-20.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia* , 8 (1), 3-7.
- Anderson, H. (2012). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2005). Myths About “Not-Knowing” . *Family Process* , 44 (4), 497-504 .
- Anderson, H. (2007). A postmodern Umbrella: Language and Knowledge as Relational and Generative, and Inherently Transforming. En Anderson, H. & Gehart, D. *Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that make a Difference*. (Pp. 7-19) New York: Routledge.
- Angus, L. E., y Rennie, D. L. (1988). Therapist participation in metaphor generation: Collaborative and noncollaborative styles. *Psychotherapy* , 25 (4), 552-560.
- Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Madrid: Amorrortu.
- Bertrando , P., y Toffanetti, D. (2005). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Biever, J. L., Bobele, M., Gardner, G. T., y Franklin, C. (2005). Perspectivas posmodernas en terapia familiar. En G. Limón, *Terapias Posmodernas: Aportes construccionistas* (págs. 1 - 26). México: Pax.
- Camino Vallhonrat, A., y Gibernau Balcells, M. (2009). Aportaciones de la hipnosis ericksoniana a la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 219-234.
- Capra, F. (1988). *Sabiduría Insólita: Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Kairos.
- Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México (2015). *México: esclavitud moderna*. (Reporte de investigación 120). Recuperado del sitio de internet México: esclavitud moderna. Cae 78.71% el poder adquisitivo.: <http://cam.economia.unam.mx>

- Dell, P. F. (1985). Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy* , 11 (1), 1-20.
- de Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Eagleman, D. (2018). *Incógnito: Las vidas secretas del cerebro*. Barcelona: Anagrama.
- Echarri Cánovas, C. J. (2009). Estructura y composición de los hogares en la Endifam. En C. A. Rabell Romero, *Tramas familiares en el México contemporáneo: Una perspectiva sociodemográfica*. México, D.F. : UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales; El Colegio de México.
- Eguiluz Romo, L. d. (2001). *La teoría sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar*. D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México.
- Enamorado, T., López-Calva, L. F., Rodríguez-Castelán, C., & Winkler, H. (2016). Income inequality and violent crime: Evidence from Mexico's drug war. *Journal of Development Economics* , 120, 128-142.
- Erickson, M. H., y Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook* . New York: Irvington Publishers.
- Esquivel Hernández, G. (2015). *Desigualdad extrema en México: Concentración del poder económico y político* (S.N.). Recuperado del sitio de internet Desigualdad Extrema en México: Concentración del Poder Económico y Político: <http://www.oxfamexico.org/desigualdad-extrema-en-mexico-concentracion-del-poder-economico-y-politico/#.V56postnXqA>
- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Gadamer, H.-G. (2004). *Verdad y Método II*. Salamanca: Editorial Sígueme.
- Gergen , K. J., y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Paidós.
- Gergen, K., y Warhus, L. (2003). *La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 22 de Febrero de 2015, de Swarthmore College: http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf

- Haley, J. (1991). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) *Mujeres y Hombres en México 2013*. (S.N.) Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101234.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Encuesta Nacional de los Hogares 2014*. (Boletín de prensa 284/15). Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_6.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). *Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública (ENVIPE) 2015*. (Boletín de prensa núm. 395/15). Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_09_7.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015c) *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la familia*. Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015d). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México*. (S.N.) Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/matrimonios2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015e). *Estadísticas a propósito del Día mundial de la salud (07 de abril)*. (S.N.) Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/salud0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015f). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. (S.N.) Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015g). *Estadísticas a propósito del Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)*. (S.N.) Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015h). *Indicadores de ocupación y empleo - INEGI*. (Boletín de prensa núm. 155/15). Recuperado de www.inegi.org.mx/iooe/iooe2015_04
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015i). *Principales resultados de la encuesta intercensal 2015*. (304.601072). Recuperado de www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. (S.N.) Recuperado de www.conadic.gob.mx
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lakoff, G., y Johnson, M. (2005). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Catedra.
- Limón Arce, G. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En G. Limón Arce, *Terapias Postmodernas*. (págs. 29 - 45). México, D.F: Editorial Pax.
- Lyddon, W. J., Clay, A. L., y Sparks, C. L. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of counseling and development*, 79, 269 - 274.
- Martin, J., Cummings, A., & Hallberg, E. (1992). Therapists' Intentional Use of Metaphor: Memorability, Clinical Impact, and Possible Epistemic/Motivational Functions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(1), 143 - 145.
- McNamee, C. (2004). Using Both Sides of the Brain: Experiences that Integrate Art and Talk Therapy Through Scribble Drawings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 136-142.
- McNamee, S., y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Medina-Mora, M.; Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J.; Fleiz, C.; Aguilar, S (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud mental*; 26(4): 1-16
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2009). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces Profundas*. Barcelona: Paidós.

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud. (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. (S.N.). Recuperado de www.who.int/who_aims_country_reports
- Pérez, F. (1994). *El vuelo del Ave Fénix: Aplicaciones de hipnosis y programación neurolingüística*. D.F: Pax.
- Rabell, C., & Murillo, S. (2009). El respeto y la confianza: prácticas y percepciones de las familias numerosas y pequeñas. En C. Rabell Romero, *Tramas familiares en el México contemporáneo* (págs. 293 - 350). México, D.F. : UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales; El Colegio de México.
- Rosen, S. (2012). *Mi voz irá contigo: Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. México D.F.: Paidós.
- Secretaría de Salud, Seguro Popular (2014) *Catalogo Universal de Servicios de Salud 2014 (CAUSES)*. Recuperado de <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/CAUSES%202014.pdf>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Madrid: Paidós
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, 65 - 69.
- Shotter, J. (1993). *Realidades Conversacionales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tellez, A. (2007). *Hipnosis clínica: Un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.