



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**El lenguaje transforma:  
Configuraciones relacionales significativas**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:  
MANUEL CABRERA BARRERA**

**TUTORA PRINCIPAL  
Mtra. María Rosario Espinosa Salcido  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR  
Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky  
Dra. Blanca Estela Huitrón Vázquez  
Mtra. Carmen Susana González Montoya  
Dr. Alexis Ibarra Martínez  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Los Reyes Iztacala, Estado de México. Agosto 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

¿Por qué empezamos como originales y terminamos siendo copias?

Lionel Trilling

¿Por qué empezamos siendo copias y terminamos como originales?

David Epston, Michael White y Kevin Murray

*A mi original familia*

## AGRADECIMIENTOS

Hace algunos años un posgrado era impensable, la licenciatura ni siquiera estaba en mi horizonte, pero ahora que es una realidad, amerita reconocer y agradecer a quienes han participado de este logro.

A mi madre, padre, hermanas y hermano, por siempre estar ahí, respetar y apoyar todas mis decisiones; por todos sus esfuerzos que en su momento permitieron que ahora concluya satisfactoriamente esta etapa de mi vida; por sus estilos muy particulares para demostrar su interés y su amor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ofrecer este programa de excelencia, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por apoyarlo y a todas las personas que hicieron posible mi ingreso a esta Maestría.

A mis profesores de la Residencia: Alexis, Diana, Laura Edith, Laura Edna, Laura Evelia, Ligia, Nérida, Ofelia, Rosario, Susana y Xochitl, por su generosidad al compartir su experiencia, sus conocimientos y su calidad humana; porque más allá de la teoría y la práctica, cada uno a su estilo y con sus formas, incitan a ser una mejor persona y sirven como ejemplos de profesionales comprometidos con la ética y el trabajo.

En lo particular a la Mtra. Ofelia Desatnik por liderar la residencia con claridad, flexibilidad, responsabilidad y respeto. Por su apertura para apoyarme y por su accesibilidad para conversar e intercambiar ideas que enriquecieron esta travesía.

A mi tutora, la Mtra. María Rosario, por confiar en mí y apoyarme desde un principio; por todas las conversaciones que ayudaron a mi crecimiento personal y profesional; por su exigencia, compromiso y estructura de trabajo; por su comprensión y tolerancia aun cuando en algunas

ocasiones no estuviéramos de acuerdo; por su guía en la Maestría en general y en este reporte, en particular.

Tanto a la Mtra. Ofelia como a la Mtra. Rosario por aprobar mi estancia en el extranjero y hacer posible esta experiencia.

A la directora de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás, la Dra. Luz Marina Moncada, por su trato accesible y sus consideraciones durante mi estancia en su posgrado.

A mis profesores de la Universidad Santo Tomás, Dora Cecilia, Dora Isabel, Johana y Rosa Elena, por su generosidad, compromiso, ética y rigurosidad al compartir todos sus conocimientos prácticos y teóricos. Por abrir nuevos temas de conversación y reflexión en mi desarrollo profesional y por su cordialidad y amabilidad para no hacerme sentir extranjero en tierras extrañas.

A los miembros del comité tutorial, por acceder a colaborar conmigo y tomarse el tiempo de leer este reporte y enriquecerlo con sus contribuciones.

A todos mis compañeros, Ana, Eli, Gaby, Jorge, Paty, Sheila, Silvia, Susana y Yuri, por todas las mañanas y tardes en las que compartimos espacios de aprendizaje, por las reflexiones, por los intercambios de experiencias, por su escucha y por sus voces críticas. Por las risas, los chistes y el humor involuntario, por las lágrimas algunas veces compartidas. Por su complicidad, compañerismo, confianza, comprensión, respeto y tolerancia. En lo particular a mi equipo de supervisión: Ana, Gaby, Silvia y Susana por todos sus aportes en lo académico y en lo profesional, pero aún más por hacer de esta experiencia un viaje divertido, humano, lleno de vida. Por su sentido del humor, por el respeto a las diferencias y por su capacidad para dialogar y construir un espacio de confianza y reflexión en un ambiente agradable.

En general a la Maestría por darme la oportunidad de conocer a estos excelentes profesionales y mejores personas.

A todas las personas que me permitieron trabajar con ellos en cada uno de los procesos psicoterapéuticos y que, sin duda alguna, influyeron en mis reflexiones y aprendizajes.

A Carolina por escuchar mis historias y por su curiosidad. Por hacerse un tiempo para leer mis trabajos y conversar acerca de ellos. Por su complicidad en estos años. Por su apoyo y paciencia en mis ratos desafortunados. Por sus palabras en los momentos complicados. Por iluminar esta etapa de mi vida. Por las conversaciones y vivencias que sirvieron para inspirarme y llevar a cabo este reporte y otros trabajos. Por creer en mí y motivarme a dar mi mejor versión en todos los ámbitos.

De todos ellos me llevo sus voces. De modo que como diría Joaquín Sabina “**Decir gracias es poco**”, por lo tanto como dijo Gustavo Cerati: “**Gracias Totales**”.

**INDICE**

Introducción	9
Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial	10
1.1. Descripción de las sedes clínicas	10
1.2. Principales problemas que presentaron las familias atendidas	13
1.3. Familias atendidas	15
Capítulo 2. Marco teórico	30
2.1. Epistemologías de la terapia familiar	30
2.2. Modelos que guiaron los casos clínicos	38
2.2.1. Antecedentes de la terapia familiar	39
2.2.2. Modelo estructural	40
2.2.3. Terapia breve centrada en problemas	50
2.2.4. Escuela de Milán	56
2.2.5. Terapia breve centrada en soluciones	66
2.2.6. Terapia narrativa	73
2.2.7. Terapia colaborativa	83
2.2.8. Equipos reflexivos	90
2.3. Análisis y discusión de los conceptos Familia y Lenguaje	95
2.3.1 Familia	96
2.3.2 Lenguaje	108
Capítulo 3. Casos clínicos	114
3.1. Integración de expedientes clínicos	114



3.2.	La importancia del lenguaje en la construcción de comprensiones alternas a las visiones tradicionales y limitantes del concepto Familia	124
3.3.	Configuraciones relacionales significativas	126
Capítulo 4. Consideraciones finales		131
4.1.	Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teóricas conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social	131
4.2.	Reflexión y análisis de la experiencia	137
4.3.	Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional	140
Referencias		144

## Introducción

En este escrito se presentan las actividades realizadas en la Residencia en Terapia Familiar perteneciente a la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Además, se ofrecen algunas reflexiones acerca de la importancia del lenguaje en la construcción de nuevos significados, que derivan en un concepto denominado “*configuraciones relacionales significativas*” el cual se propone como una alternativa al concepto de “familia”.

En el primer capítulo se describen las sedes donde se realizaron los procesos terapéuticos y la contextualización de los principales problemas de los casos atendidos.

En el segundo capítulo se brinda una breve exposición de las epistemologías, teorías y las técnicas que se aplicaron durante la Maestría, una revisión del concepto de familia y las visiones postmodernas del lenguaje.

En el tercer capítulo se presentan ejemplos de los casos clínicos que sirven como evidencia de la complejidad de las familias en la actualidad y la necesidad de nuevas conceptualizaciones que favorezcan al proceso terapéutico como se propone mediante el análisis de “*configuraciones relacionales significativas*”. Así mismo, se analiza al sistema terapéutico total y la persona del terapeuta.

En el cuarto y último capítulo se recuperan las competencias profesionales que se desarrollaron durante el programa, así como las reflexiones y el análisis de la experiencia en el que se incluye al sistema terapéutico total, para concluir con las implicaciones de la maestría en la persona del terapeuta y en el campo profesional.

## **Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial**

En el siguiente capítulo se presenta la descripción de las diferentes sedes clínicas donde se llevó a cabo la práctica clínica durante toda la Maestría en Psicología; en la UNAM, en específico en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala como entidad académica participante de la Residencia en Terapia Familiar. Se expone la forma en la que estuvo conformado el equipo de supervisión, así como su forma de trabajo. Adicionalmente se menciona el número de familias atendidas y los principales problemas que se abordaron en los procesos terapéuticos. Asimismo se detalla el número de casos que se atendieron en cada sede con sus respectivos motivos de consulta, el tipo de terapia, es decir individual, de pareja o familia, la cantidad de sesiones y los motivos de sus respectivos cierres. Finalmente, se presentan algunas reflexiones en torno a la experiencia terapéutica.

### **1.1. Descripción de las sedes clínicas**

Uno de los principales aprendizajes que constituyen parte importante de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) es el trabajo terapéutico. La experiencia profesional que se reporta en este documento tuvo lugar en cuatro sedes clínicas, cada una con sus particularidades y problemáticas.

La primera de las sedes fue el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco de la UNAM, ubicado en la Ciudad de México, en el aula del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN). En este espacio se trabajó durante el primer semestre como observador y en el tercer semestre como terapeuta y miembro del equipo de supervisión. De acuerdo con los datos publicados en el portal de estadística universitaria (2017) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la población estudiantil de los Colegios de Ciencias y Humanidades en el ciclo escolar 2015-2016 fue de 59350, mientras que

para el ciclo 2016-2017 fue de 58587. Sin embargo al parecer no se tienen los datos oficiales publicados que indiquen la población específica por plantel.

Debido a que esta sede se encuentra entre los límites del Estado de México y la Ciudad de México, es necesario mencionar las cifras publicadas en el año 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) quien reporta que la Ciudad de México contaba con 4 687 003 mujeres y 4 231 650 hombres, de los cuales 400 161 residían en la Delegación Azcapotzalco. Mientras que en el Estado de México, la población en el mismo año era de 16 187 608 habitantes, de los cuales 8 353 540 eran mujeres y 7 834 068 eran hombres.

Las principales problemáticas que se atendieron en este espacio estuvieron relacionadas con el uso y abuso de sustancias, las preocupaciones de los padres con relación a la educación de sus hijos, problemas de violencia en la familia e intentos de suicidio.

Los servicios de atención psicológica son ofrecidos por estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar perteneciente a la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, impartida en la FES Iztacala; en todos los casos se trabajó con un equipo de supervisión y un docente supervisor a cargo. Es importante señalar que las personas atendidas fueron canalizadas por el Departamento de Psicopedagogía lo cual es una muestra del trabajo que se realiza en pro del bienestar de los jóvenes y sus familias.

La segunda sede clínica fueron los consultorios del Servicio de Atención Psicológica del Instituto Prestador de Salud (IPS) coordinado por la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás en la ciudad de Bogotá, Colombia; aquí se trabajó como terapeuta y parte del equipo de supervisión durante el segundo semestre. Estos consultorios brindan atención psicológica a cualquier persona que lo solicite por iniciativa propia y a personas que son remitidas por colegios o por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) cuando los problemas están

relacionados con los procesos de crianza, vulnerabilidad social o por las Comisarías de Familia, en el caso de que sea necesario para algún proceso legal. El servicio lo brindan estudiantes de la Licenciatura en Psicología de noveno y décimo semestres y alumnos de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia; en todos los casos se cuenta con un equipo de supervisión y un docente supervisor a cargo. De acuerdo con los datos publicados en el 2017 por la Secretaria Distrital de Planeación (SDP) la población de la ciudad de Bogotá era de 8 121 856 habitantes.

La tercera sede fue la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, la cual forma parte de la Residencia de Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ubicada en el Estado de México. En este lugar se trabajó como terapeuta y miembro del equipo de supervisión durante el tercer y cuarto semestre de la Maestría. En esta facultad se imparten las carreras de Biología, Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Optometría, Enfermería y Psicología. En el segundo informe de actividades perteneciente al año 2018 se reportó que la población estudiantil fue de 15, 600 alumnos de los cuales 12, 395 eran del sistema escolarizado y 3205 del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED); el 33.92 % del total de la matrícula fueron hombres y el 66.08 % mujeres. En cuanto al nivel de posgrado, la FES Iztacala cuenta con siete programas de maestría con un total de 439 alumnos, cinco programas de doctorado con 222 alumnos y cinco especializaciones con 105 estudiantes. De acuerdo a los resultados del Examen Médico Automatizado (EMA) que se aplica a los alumnos de nuevo ingreso, en el semestre 2018-1, 392 de los 2665 alumnos que fueron evaluados, se encontraron en condiciones de alta vulnerabilidad, al presentar problemas de salud o por ser susceptibles a padecerlos. Estos casos fueron canalizados a diversas instancias, entre ellas los centros de apoyo de la Facultad. En esta sede la atención se

ofrece a toda la comunidad universitaria y población en general que soliciten el servicio. El trabajo terapéutico se brindó con un equipo de supervisión y un docente supervisor a cargo.

La última sede fue la Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ubicada en el Estado de México; en esta sede se trabajó como terapeuta y miembro del equipo de supervisión durante el cuarto semestre. En los anuarios estadísticos del ISSSTE 2015 y 2016 se dieron a conocer la cifras de derechohabientes que podían recibir atención en esta clínica: durante el 2015 eran 21 352 trabajadores, 59 069 familiares de trabajadores, 8 807 pensionados y 7 747 familiares de pensionados, para un total de 96 975 derechohabientes. Para el año 2016 las cifras fueron de un total 74 088 derechohabientes, de los cuales 14 826 eran trabajadores, 42 159 eran familiares de trabajadores, 9 207 pensionados y 7 896 familiares de pensionados. En esta sede se atendieron a dos trabajadores de la clínica y a tres derechohabientes. Cabe mencionar que los servicios de Terapia Familiar son ofrecidos por estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar impartida en la FES Iztacala, perteneciente a la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que no es un servicio que ofrezca esta clínica de manera habitual, por lo que las personas atendidas en la mayoría de las ocasiones son canalizadas por el área de trabajo social e incluso son derivadas gracias a las visitas que los mismos estudiantes de la Residencia hacen a las salas de espera para dar a conocer este servicio. Al igual que en las otras sedes clínicas, la atención psicológica se brindó con un equipo de supervisión y un docente supervisor a cargo.

## **1.2. Principales problemas que presentaron las familias atendidas**

Entre las principales problemáticas que presentaron las familias atendidas en las diferentes sedes se encontraron: problemas por separación de pareja, consumo de alcohol, dificultades en la crianza, establecimiento de límites, estrés por actividades académicas, problemas en los procesos

de individuación, consumo de sustancias, desórdenes alimenticios, *cutting* (autolesiones), violencia intrafamiliar, problemas de pareja por celos, duelo, ansiedad, intentos de suicidio.

Es preciso mencionar que los casos que se atendieron en la sede de Bogotá, no distan mucho de los que llegaron a terapia en las sedes de México, ya que las condiciones sociales, históricas y culturales son muy similares. Sin embargo, donde hubo diferencias importantes fue en las instalaciones, ya que en ambas clínicas, se contaba con Cámara de Gesell y con el espacio adecuado para poder tener a una o varias personas en la terapia, mientras que tanto en el ISSSTE como en el CCH las instalaciones donde se brindó el servicio fueron adaptadas para el trabajo terapéutico, ya que no había Cámara de Gesell. En el caso del CCH, al ser un aula, el espacio era amplio y sin ninguna dificultad se podía trabajar con una o varias personas en terapia sin estar demasiado juntos; sin embargo, en la clínica del ISSSTE las condiciones eran más difíciles, puesto que se contaba con un consultorio pequeño en el que las personas y el equipo terapéutico pudieron haberse sentido demasiado cercanas.

En relación a lo anterior, dichas diferencias permitieron evidenciar la potencia de un trabajo de intervención, aun cuando no se contaran con las instalaciones necesarias. Cabe resaltar el desarrollo de las habilidades de adaptación y el compromiso de los diferentes sistemas terapéuticos totales para llevar a buen término las terapias, lo cual es una muestra de la necesidad de llevar el trabajo terapéutico a diversos espacios, aun cuando no se tengan las comodidades de un consultorio, privilegiando el trabajo del sistema terapéutico entendido como un encuentro generativo, esperanzador que ocurre entre dos o más personas que conversan para encontrar o ampliar posibilidades que antes eran impensables, lo cual facilita el proceso de cambio que puede dar paso a cumplir con la meta de la terapia.

### **1.3. Familias atendidas**

Es preciso mencionar que durante la Maestría en total se atendieron a 66 familias, sin embargo no se cuenta con los datos suficientes de ocho de ellas y no se integraron a los cuadros correspondientes. Por lo que a continuación se presenta la información de 58 de las familias atendidas, es preciso mencionar que por razones de confidencialidad, en todos los casos los nombres han sido cambiados: 38 de los procesos fueron dados de alta por haber cumplido con los objetivos terapéuticos.

Los 20 restantes se dieron de baja por faltas o inasistencia, por lo que lidiar con estas experiencias es otro de los aprendizajes que se van forjando durante la práctica clínica. En algunos de los casos, se llegó a plantear que la persona ya no regresó a terapia porque ya se sentía bien y no vio la necesidad de una sesión de cierre. Lo anterior invita a pensar en la necesidad de agudizar la mirada del terapeuta para reconocer cuándo la persona ha alcanzado su objetivo y con ello preguntar al consultante si aún considera necesario continuar con el proceso, o se encuentra satisfecho con lo que se ha trabajado, para darle la opción de terminar la terapia sin la necesidad de una sesión adicional de cierre. En ese sentido hay que tener siempre presente que la libertad de las personas implica para el terapeuta que la sesión que se está llevando a cabo pudiese ser la última y en algunos casos habría podido ser de nuevo la primera cuando salían a flote nuevas temáticas que requerían de su abordaje.

En otros casos es probable que ocurriese algo en la terapia que no dejó satisfechas a las personas y por lo tanto no quisieron seguir con el proceso. De aquí surge la necesidad de revisar constantemente cómo se utiliza el lenguaje, elegir las palabras adecuadas, manejarse siempre con respeto y empatía; asimismo tener la sensibilidad para dejar tareas que favorezcan a las personas y su proceso, evitando que los consultantes puedan llegar a percibirlos como un reto infranqueable,



como un riesgo e incluso como una muestra de desconfianza o insensibilidad del terapeuta. Otro factor a tomar en cuenta es revisar cualquier señal en las sesiones o videos que pudiesen indicar el deseo de la familia por terminar la terapia.

Por otro lado, quizá la persona no estaba preparada para cambiar, de tal manera que decide no asistir más a la terapia, como puede ser el caso de aquellas personas que solicitan el servicio, acuerdan la primera cita y no asisten, como ocurrió en una ocasión. En ese sentido es importante considerar que aún existe cierto prejuicio hacia la terapia, lo cual dificulta el tomar la decisión de solicitar este tipo de ayuda y si a esto se le suma que las citas en algunas ocasiones no pueden ser inmediatas, puede ocurrir que en el transcurso desde la llamada hasta la cita, el consultante decida no asistir. Por esta razón es indispensable para un inicio adecuado de la terapia, dar un breve espacio en la llamada a las personas para poder conversar y empezar a trabajar en el vínculo terapéutico con el objetivo de que la persona se sienta escuchada, comprendida e importante, lo cual fortalece y confirma lo atinado de su decisión, haciendo más fácil su asistencia al servicio aun cuando de pronto escuche o surjan prejuicios relacionados con quienes van a terapia.

Otra situación que se presentó y que fue determinante para terminar el proceso fue un cambio de domicilio que no se tenía previsto. En este caso, siempre que sea posible hay que brindarle al consultante opciones de otros profesionales, e incluso ya en el ámbito de la práctica privada se puede ofrecer como una alternativa el uso de la tecnología para continuar con las terapias. Cabe considerar que aún existen debates en torno al uso de video llamadas para llevar a cabo una terapia, no obstante al igual que en los espacios físicos, no hay que perder de vista que lo fundamental es el encuentro terapéutico y no el lugar donde esto ocurra.

Adicionalmente hay que recordar que las cuestiones laborales y personales de cada familia podrían ser razones para que dejen de asistir a la terapia. Otro factor importante a considerar son

los tiempos del terapeuta y de los consultantes, comprendiendo que en ocasiones los avances pueden ser lentos para el terapeuta pero rápidos para el consultante, por lo tanto hay que tener siempre presente que algunos cambios que se perciben como rápidos y fáciles pueden ser vistos como algo imposible para los consultantes. Es indispensable la paciencia y la sensibilidad para identificar el ritmo y el tiempo de ellos, es decir puede haber consultantes que tengan la capacidad para generar cambios rápidos y por otro lado puede haber a quienes se les complica un poco más, lo cual puede problematizarlos, lo que los puede llevar a tomar la decisión de terminar con el proceso.

De los 66 casos, 22 fueron procesos individuales, 7 de pareja y 29 familiares, sumados a los ocho mencionados que no cuentan con estos datos. Es preciso mencionar que por razones de confidencialidad, sus nombres han sido cambiados. En 15 de estos procesos se participó como observador, en 19 se trabajó como terapeuta, en 2 como co-terapeuta y los restantes 30 como miembro del equipo de supervisión.

El equipo de supervisión estuvo a cargo de un supervisor distinto en cada sede y fue conformado por cuatro terapeutas mujeres y un hombre, a excepción del trabajo realizado en la Universidad Santo Tomás, donde el equipo estaba compuesto por dos hombres y tres mujeres. El hecho de trabajar en equipos de supervisión donde hay uno o dos hombres cambia la dinámica del equipo y la comprensión de los casos, ya que cuando hay un solo hombre solo se cuenta con esa visión masculina, mientras que con dos o más, se pueden contrastar o complementar esas visiones y sumadas a las miradas femeninas, puede ser posible ampliar la comprensión de los casos. En relación a lo anterior es imperiosa la necesidad de implementar un trabajo en el que se tenga siempre presente una visión inclusiva en torno al género y la diversidad.

Las primeras participaciones como parte del equipo de trabajo fueron como miembro del equipo de observadores y se llevaron a cabo en las sedes del SILADIN en el CCH Azcapotzalco y en la Clínica de la Maestría en Terapia Familiar de la FES Iztacala. En el SILADIN del CCH Azcapotzalco se participó como miembro del equipo de observadores en seis casos, de los cuales cinco fueron terapias familiares y el restante fue un proceso individual. Todos los casos se dieron de alta por cumplimiento de objetivos (Cuadro 1).

<b>Casos atendidos como observador en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante el primer semestre</b>					
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de Proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>
1	Andrea	Consumo de sustancias de uno de los hijos.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
2	Brisa	Conflictos en la relación madre e hija adolescente.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
3	Cesar	Conductas violentas del hijo mayor hacia sus hermanos.	Familiar	4	Objetivo alcanzado
4	Daniela	Bajo rendimiento académico en la hija adolescente.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
5	Ema	Conflictos en la relación madre e hija adolescente.	Familiar	4	Objetivo alcanzado
6	Flor	Adolescente víctima de violación.	Individual	5	Objetivo alcanzado

Cuadro 1. Casos atendidos como observador en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante el primer semestre

En la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante el primer semestre se atendieron nueve casos, de los cuales cuatro fueron terapias familiares, tres individuales y dos de pareja. Se dieron siete altas por cumplimiento de objetivos y dos bajas por faltas (Cuadro 2).

<b>Casos atendidos como observador en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante el primer semestre</b>					
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>
7	Alma	Depresión.	Individual	1	Baja por faltas

<b>8</b>	Brenda	Conflictos con familia extensa por falta de límites.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
<b>9</b>	Carlos	Infidelidad.	Individual	6	Objetivo alcanzado
<b>10</b>	David	Conflictos en la relación padre e hijo.	Pareja	4	Baja
<b>11</b>	Erika	Hija con problemas de violencia en su relación de pareja.	Individual	5	Objetivo alcanzado
<b>12</b>	Fernanda	El hijo mayor presenta aislamiento.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
<b>13</b>	Gabriela	Secreto familiar, padre en el reclusorio.	Familiar	3	Objetivo alcanzado
<b>14</b>	Irma	Conflicto entre madre e hijo adolescente.	Familiar	5	Objetivo alcanzado
<b>15</b>	Jimena	Infidelidad.	Pareja	7	Objetivo alcanzado

Cuadro 2. Casos atendidos como observador en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante el primer semestre

La primera sede en la que se realizó el trabajo como terapeuta fueron los consultorios de la IPS de la Universidad Santo Tomás, en Bogotá durante el segundo semestre de la Maestría. En este lugar se solicitó la atención por las siguientes problemáticas: duelo, celos, infidelidad, separación de pareja, problemas de crianza, adicionalmente, hubo una remisión de una joven por consumo de sustancias de parte de un colegio; otro caso fue remitido por la Comisaría de Familia para trabajar con una pareja que se encontraba en un proceso jurídico por su separación; y una más para terapia familiar porque uno de sus hijos se vio involucrado en algunas situaciones delictivas y tenía un bajo rendimiento escolar.

En total se atendieron 18 casos, ocho como parte del equipo de supervisión y diez como terapeuta principal. De estos diez casos, ocho se dieron de alta por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, los dos restantes se dieron de baja por inasistencia y cambió de domicilio. El promedio de sesiones fue de seis. Tres fueron terapia individual, dos terapias de pareja y cinco de terapia familiar. Es preciso mencionar que no se cuentan con los datos necesarios de los casos en

los que se trabajó como parte del equipo de intervención, por lo que no aparecen en el cuadro correspondiente (Cuadro 3).

<b>Casos atendidos como terapeuta principal en la IPS de la Universidad Santo Tomás durante el segundo semestre</b>					
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>
16	Laura	Problemas de duelo y separación de su pareja.	Individual	12	Objetivo alcanzado
17	Edgar	Problemas de duelo y desapego con su expareja.	Individual	10	Objetivo alcanzado
18	Angie	Consumo de sustancias.	Familiar	1	Abandono el proceso
19	Juana	Problemas celos y de proyecto de vida.	Pareja	1	Cierre por cambio de residencia del consultante
20	María	Problemas de crianza.	Familiar	3	Objetivo alcanzado
21	Rosa	Problemas de celos, infidelidad e intención de separarse.	Individual	8	Objetivo alcanzado
22	Sebastián	Remitido por comisaria de familia por robo.	Familiar	10	Objetivo alcanzado
23	Johana	Remitida por comisaria de familia por conflictos en la separación de su expareja.	Familiar	6	Objetivo alcanzado
24	Jennifer	Celos y estancamiento en la relación de pareja.	Pareja	5	Objetivo alcanzado
25	Gina	Problemas en el ámbito académico por diagnóstico de necesidades educativas especiales.	Familiar	4	Objetivo alcanzado

Cuadro 3. Casos atendidos en la IPS de la Universidad Santo Tomás durante el segundo semestre

De las diez terapias anteriores, es interesante la de Laura ya que en una parte del proceso, tuve la idea de darla de baja porque parecía que no había ningún avance e incluso creía que en algunas ocasiones había hasta un retroceso, sin embargo cuando se le plantearon preguntas de escala, ella respondió que se sentía mucho mejor, porque ya no le dolía tanto la pérdida de su padre; adicionalmente ya había tomado ciertas decisiones que implicaban tomar distancia de su

pareja, lo que significaba un primer paso para después tomar la decisión de terminar con él, lo que había sido imposible para ella hasta el momento; por otro lado puso en marcha un proyecto que tenía en espera. Este caso es un ejemplo de la importancia de ampliar la mirada para poder visualizar cambios en otros ámbitos que no necesariamente están relacionados con el objetivo, pero que definitivamente para el consultante resultan vitales para iniciar el proceso de cambio y mantenerse en esa transformación aun cuando el terapeuta no los haya visto; paradójicamente, hay que tener la humildad para preguntarle al consultante acerca de posibles cambios ya que en algunas ocasiones los únicos que pueden dar fe de esos cambios son ellos o las personas allegadas. Este caso me sirvió para no olvidar mantenerme atento a cualquier mínimo cambio y empezar a ampliarlo, igualmente me recordó que los cambios son permanentes, en la mayoría de las ocasiones se presentan fuera de consultorio y me ayudó a confiar en que las personas, aun cuando ven resultados se mantienen en la terapia.

En el tercer semestre se brindaron 13 servicios de atención psicológica en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, en cinco casos se trabajó como terapeuta y en los otros ocho como parte del equipo de supervisión. Hubo seis terapias individuales, tres de pareja y cuatro de familia. El promedio de terapias fue de tres. Del total de casos, cinco se dieron de alta por cumplimiento de objetivos y ocho fueron dados de baja por inasistencia. Las problemáticas que se atendieron fueron: desórdenes alimenticios, consumo de alcohol, problemas con hijos adolescentes, celos, separación de pareja, duelo, dificultades con hijos adultos, violencia intrafamiliar y en la pareja, estrés por cuestiones académicas.

De los cinco procesos en los que se trabajó como terapeuta, dos familias se dieron de alta por cumplimiento de objetivos, los tres restantes fueron dados de baja, uno de ellos porque sólo atendió la llamada para acordar la cita pero no asistió, y los otros dos por faltas (Cuadro 4).

<b>Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala en tercer semestre</b>						
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>	<b>Función realizada</b>
26	Fabiola	Comportamientos de bulimia.	Familiar	4	Baja	Terapeuta
27	Verónica	Dudas por su consumo de alcohol.	Individual	1	Objetivo alcanzado	Terapeuta
28	Sandra	Ayuda psicológica por problemas familiares con adolescentes.	Familiar	0	Baja	Terapeuta
29	Lorena	Problemas familiares (violencia).	Familiar	2	Baja	Terapeuta
30	Luis	Problemas de celos.	Pareja	2	Objetivo alcanzado	Terapeuta
31	Misael	Problemas por la reciente separación de su pareja.	Individual	1	Baja	Equipo de supervisión
32	Estela	Duelo por la muerte de su madre.	Individual	5	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
33	María Guadalupe	Dificultades con su hija adolescente y la pareja de esta.	Familiar	3	Baja	Equipo de supervisión
34	Rosario	Dificultades con sus hijos.	Individual	7	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
35	Karen	Separación de una relación violenta.	Individual	4	Baja	Equipo de supervisión
36	Juan	Estrés por la realización de su tesis y conseguir trabajo y problemas con sus padres.	Individual	3	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
37	Rocío	Preocupación por dependencia emocional, violencia en la pareja.	Pareja	3	Baja	Equipo de supervisión
38	María	Su esposo ha tenido comportamientos violentos y ha amenazado con quitarse la vida si ella decide separarse de él.	Pareja	1	Baja	Equipo de supervisión

Cuadro 4. Casos atendidos en la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala durante el tercer semestre

De los casos del cuadro 4, los procesos que llamaron mi atención fueron el de Fabiola y Lorena. Como se observa, con Fabiola había preocupación por parte de sus padres por los problemas de bulimia y se dio de baja por inasistencia. Lo anterior me lleva a reflexionar en cuanto a lo complejo de trabajar con estas situaciones, lo cual hace evidente la relevancia de mantener un

diálogo entre consultantes y terapeuta que permita al segundo tener una visión que comprenda de manera más extensa la complejidad del entramado que presenta la persona afectada por la bulimia, su familia y los sistemas amplios que intervienen en su vida cotidiana. Cabe decir que existen múltiples estrategias para intervenir en casos como éste, aunado a diferentes estilos de practicar la terapia, no obstante este caso me permitió reconocer lo imprescindible que resulta para el proceso demostrar un genuino interés en comprender a los consultantes y en generar un espacio donde se vislumbren soluciones posibles que mantengan la esperanza de un cambio en beneficio de los consultantes.

El proceso de Lorena me permitió pensar que en algunas ocasiones, aun cuando el motivo de consulta y la situación de la persona sea demasiado fuerte como lo es la violencia intrafamiliar, son ellos quienes deciden en qué momento se sienten capaces de avanzar sin nuestro acompañamiento. Es decir ellos ya han transitado por múltiples dificultades sin el apoyo de un psicólogo, lo cual me lleva a confiar en que las personas toman las decisiones que ellos consideran las más adecuadas. Por lo tanto, de igual forma volverán a solicitar terapia cuando sientan esa necesidad.

También, durante el tercer semestre, se trabajó en el SILADIN del CCH Azcapotzalco. Los principales problemas que se abordaron fueron: intento de suicidio, *cutting* (autolesiones), ansiedad, consumo de alcohol, marihuana, separación de los padres, violencia intrafamiliar, dificultades con hijos adolescentes y ansiedad.

Se llevaron a cabo nueve procesos terapéuticos. En uno se tuvo el rol de terapeuta y se dio de alta tras cumplir con los objetivos planteados. En otro caso se trabajó como co-terapeuta, sólo se tuvo una sesión porque los consultantes no regresaron y se dieron de baja. En los siete casos restantes se participó como miembro del equipo de supervisión.



Solo hubo un proceso de terapia individual, las ocho restantes, fueron terapias familiares. Cuatro se dieron de alta por cumplimiento de objetivos, cuatro se dieron de baja por inasistencia y uno por cierre por fin de semestre. El promedio de sesiones fue de seis (Cuadro 5).

<b>Casos atendidos en el CCH Azcapotzalco en el tercer semestre</b>						
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>	<b>Función realizada</b>
39	Mariana	Problemas por el consumo de marihuana de su hijo.	Individual	6	Objetivo alcanzado	Terapeuta
40	Dalia	Problemas familiares por separación de los padres.	Familiar	1	Baja	Co-terapeuta
41	Tania	Intento de suicidio, bajas calificaciones y falsificación de boletas.	Familiar	8	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
42	Alexa	Problemas de <i>cutting</i> , ansiedad y abandono de los estudios.	Familiar	2	Baja	Equipo de supervisión
43	Evelin	Problemas por consumo de alcohol, marihuana, no sigue límites y llega tarde a casa.	Familiar	5	Baja	Equipo de supervisión
44	Gabriel	Intento de suicidio	Familiar	3	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
45	Zayra	Violencia intrafamiliar (padre violento)	Familiar	3	Baja	Equipo de supervisión
46	Leticia	Problemas en la crianza y comunicación con una de sus hijas	Familiar	7	Cierre por fin de semestre	Equipo de supervisión
47	Karina	Ansiedad y baja autoestima	Familiar	4	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión

Cuadro 5. Casos atendidos en el SILADIN del CCH Azcapotzalco durante el tercer semestre

De los anteriores casos, el de Mariana en particular me pareció un reto porque en las primeras sesiones creí estar conversando con una señora de ideas conservadoras, cerrada y de trato complicado. Pero al trascurrir las sesiones de terapia, mis prejuicios y quizá los del equipo fueron desvaneciéndose y en su lugar emergieron miradas mucho más empáticas, curiosas y asombradas, al reconocer a la mujer con la cual se estaba conversando como alguien fuerte, inteligente, de ideas

claras, irreverente, responsable, cariñosa y preocupada por su bienestar. Con una capacidad de imaginar tal que fue capaz de representar a sus ideas y emociones como un puerco espín que siempre la acompañaba y que, en ocasiones, lastimaba a las personas que se le acercaban. Aunque no sabía cómo controlarlo, llegó un punto en la terapia en el que ella misma consideró a ese puerco espín como una mascota que le podría servir para protegerse y, por eso, desde ese momento se iba a esforzar por domesticarlo para que, sin atacar a nadie, siguiera siendo su compañía. Este caso fue un primer acercamiento a la terapia narrativa de Michael White y sirvió como ejemplo de las transformaciones que una conversación genera a partir del lenguaje.

En el cuarto semestre se trabajó en la Clínica de Terapia Familiar en la FES Iztacala con seis procesos terapéuticos. Las problemáticas que se atendieron fueron: dificultades en la crianza de niños y adolescentes, duelo, estancamiento profesional, ansiedad y enojo.

En un proceso se ejerció el rol de terapeuta, se tuvieron ocho sesiones y se dio de alta por cumplimiento de objetivos. En otro, como co-terapeuta, se realizaron cuatro sesiones y se dio de alta tras haber alcanzado los objetivos. En los cuatro restantes se participó como miembro del equipo de supervisión. Hubo dos terapias individuales y cuatro familiares.

Del total de los procesos terapéuticos, cuatro se dieron de alta tras cumplir el objetivo y dos se dieron de baja por faltas. El promedio de sesiones fue de seis (Cuadro 6).

<b>Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala en el cuarto semestre</b>						
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>	<b>Función realizada</b>
<b>48</b>	Elisa	Problemas para controlar el carácter de su hija, porque tiene un carácter fuerte y explosivo.	Familiar	8	Objetivo alcanzado	Terapeuta
<b>49</b>	Pamela	Problemas de conducta de la hija menor.	Familiar	4	Objetivo alcanzado	Co-terapeuta

50	Evelyn	Pérdida de su padre y estancamiento profesional.	Individual	7	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
51	Jazmín	Reacomodo familiar ante la muerte de su hermana.	Familiar	4	Baja	Equipo de supervisión
52	Fabiola	Problemas de enojo y ansiedad que se han intensificado en el último año.	Individual	3	Baja	Equipo de supervisión
53	Claudia	Dificultades con su hijo mayor, falta de límites.	Individual	9	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión

Cuadro 6. Casos atendidos en la clínica de la FES Iztacala durante el cuarto semestre

Entre los aprendizajes de los procesos anteriores, ya en cuarto semestre, se tuvo la posibilidad y la confianza para proponer cierres creativos y significativos que potenciaron los resultados del proceso terapéutico. Tal es el caso de los certificados utilizados como documentos terapéuticos (White y Epston, 1993) los cuales se implementaron en los casos de Elisa y Claudia respectivamente, en el de Elisa se entregaron tres, uno para cada una de las hijas, y uno para los padres, además se les entregaron unos lentes extravagantes y con luces, dándoles el mensaje de que ahora ya podrían observar las situaciones con una mirada menos cuadrada y quizá hasta divertida. Tanto el certificado como los lentes fueron bien recibidos por la familia y potenciaron la esperanza en ellos y en el equipo acerca de cómo sortear las dificultades que se les fueran presentando sin dejarse caer en la desesperanza y el enojo.

Por su parte, a Claudia se le entregó su certificado, mismo que recibió con gusto y se le hizo una especie de ritual que consistía en atravesar una puerta hecha con papel negro, para salir a la luz de una nueva vida. Se pensó en esta opción para significar el final de un camino doloroso y llegar a uno más luminoso y esperanzador con la confianza de que sabrá como recorrerlo para no regresar al camino anterior.

En ambos casos recibieron con sorpresa los certificados porque no es común ni tan conocido que después de un proceso terapéutico se les entregara un documento que certificara las

fortalezas, habilidades y los cambios logrados, lo cual puede incentivar y mantenerse como un recordatorio de que son capaces de superar las dificultades. Lo anterior resalta el hecho de los terapeutas y los procesos terapéuticos pueden mantenerse con los consultantes aun cuando el proceso haya llegado a su fin; la diferencia está en cómo se permanece en esa historia, ya que puede ocurrir que las personas recuerden la terapia con dolor, enojo y nunca retomen un proceso o la signifiquen como una experiencia satisfactoria, gratificante y enriquecedora, de la cual el certificado es un recordatorio. Los rituales facilitan que el cierre del proceso se centre en los consultantes, y no en el proceso o en los terapeutas. Adicionalmente pueden generar un ambiente de esperanza, solidaridad y tranquilidad que hacen permiten vislumbrar un futuro prometedor.

En la clínica del ISSSTE, durante el cuarto semestre, se atendieron cinco consultantes. Las problemáticas que se abordaron fueron: duelo, consumo de sustancias, dificultades con un hijo con problemas psiquiátricos, exceso de responsabilidades y problemas para cerrar ciclos. En dos procesos se trabajó como terapeuta y en tres como miembro del equipo de supervisión.

Uno de los casos atendidos como terapeuta fue dado de baja por decisión del equipo de supervisión ya que representaba un peligro potencial para la seguridad de los terapeutas (delincuencia) y el otro fue dado de alta por cumplimiento de objetivos. Los tres casos restantes fueron dados de alta tras haber cumplido con los objetivos. Todos los procesos fueron terapias individuales. El promedio de sesiones fue de 4 (Cuadro 7).

<b>Casos atendidos en la Clínica del ISSSTE Tlalnepantla durante el cuarto semestre</b>						
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Tipo de proceso (individual, de pareja o familiar)</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Motivo de cierre</b>	<b>Función realizada</b>
<b>54</b>	Concepción	Duelo por el fallecimiento de uno de sus hijos.	Individual	2	Objetivo alcanzado	Terapeuta

<b>55</b>	Raúl	Problemas de abuso de sustancias y conductas violentas.	Individual	1	Baja*	Terapeuta
<b>56</b>	Rosario	Problemas con su hijo, quien tiene dificultades psiquiátricas y abuso de alcohol.	Individual	7	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
<b>57</b>	Blanca	Problemas con su hermano que acaba de mudarse con ella. Exceso de responsabilidades.	Individual	6	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión
<b>58</b>	Juana	Problemas para cerrar ciclos y toma de decisiones	Individual	5	Objetivo alcanzado	Equipo de supervisión

Tabla 7. Casos atendidos en la Clínica del ISSSTE durante el cuarto semestre (\* baja por riesgo)

En cuanto a los procesos anteriores, es relevante mencionar uno en particular, pues pone sobre la mesa la importancia de que el terapeuta identifique consultantes peligrosos que puedan causar algún daño, como fue el caso del señor Raúl, quien por sus antecedentes y narraciones de eventos relacionados con actividades delictivas, además de consumir sustancias psicoactivas representaba un riesgo que, sin dejar de lado el dilema ético en el que los profesionales se encuentran cuando se topan con un caso como éste, fue considerado riesgoso para el equipo y se optó por darlo de baja..

Otro proceso interesante fue el de Concepción; revisando el video pude observar que recién iniciada la segunda sesión, sacó una servilleta de papel como preparándose para ocuparla en caso de comenzar a llorar y con voz temblorosa empezó a hablar acerca de lo mucho que recordaba y le dolía el fallecimiento de sus hijos; cuando en una pequeña pausa que hizo la señora, se le preguntó acerca de cómo recordaba a su hijo, lo que le gustaba de él, lo que le había enseñado, también se le preguntó de sus nietos y lo que ellos habían aprendido de él y de ella y así en una conversación espontanea se fue llevando a Concepción hacia lo que ella podría hacer por sus nietos y por otras personas que en algún momento solicitarían su ayuda.

Esta terapia me dio la oportunidad de ver la potencia de la terapia narrativa además de identificar cómo una pregunta en el momento preciso puede girar una conversación que parecía iba a transcurrir bajo una temática dolorosa, hacia un contenido donde la remembranza, el amor, las fortalezas y las habilidades de la consultante, sirvieron como guías para superar un duelo y dar continuidad con esos momentos en los que Concepción alejada del dolor, se mantenía creciendo como persona, ayudando a su prójimo y cuidando de su familia, lo cual se había visto interrumpido por el fallecimiento de sus hijos, situaciones que para ella parecían difíciles de superar.

Por último, en esta sede fue muy difícil obtener un espacio idóneo para la terapia, ya que las instalaciones estaban en reparación, por lo que resultó importante la habilidad y la flexibilidad del equipo para adaptarse a las condiciones limitadas en el servicio.

## **Capítulo 2. Marco teórico**

La terapia familiar sistémica puede considerarse como el resultado de la integración de diversas perspectivas como la teoría general de los sistemas, los planteamientos de la primera y segunda cibernética y la teoría de la comunicación humana de Watzlawick. Años más tarde se retomaron aportes del constructivismo y el construccionismo. Por lo tanto, es posible plantear a la terapia familiar como una actividad profesional en constante evolución, permeada por diferentes epistemologías que ayudaron a amplificar las miradas y complejizar las comprensiones de la psicoterapia y todo lo relacionado con ella.

### **2.1. Epistemologías de la terapia familiar**

Se podría decir que las primeras ideas relacionadas con sistemas que se recuperan para integrarlas a la terapia psicológica son las de Ludwig Von Bertalanffy (1934; citado en Bertrando y Toffanetti, 2000) quien propuso la teoría general de los sistemas como una teoría general de la organización que podría ser aplicada a cualquier tipo de sistema, sin importar cómo se encontrara conformado. Para dicho autor, el sistema es más que la simple suma de las partes que lo componen, lo refiere como una totalidad organizada y dicha organización influye en la manera en que el sistema funciona.

Un sistema se puede definir como un conjunto de elementos que se mantienen en relación entre sí, que pueden o no intercambiar información, con el objetivo de mantener al sistema funcionando. Otra consideración importante es que un sistema forma parte de uno más amplio que, a su vez, está dentro de otros más amplios y así sucesivamente.

Esta teoría se caracteriza por su comprensión holística e integradora, cuyo énfasis está puesto en las relaciones. Para Bertalanffy (1976) las metas de la teoría general de los sistemas (TGS) son: generar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia y elaborar principios

unificadores que se apliquen a todas las ciencias. La TGS no reconoce limitaciones, puesto que puede utilizarse tanto en la explicación de los fenómenos humanos, sociales y culturales, a los cuales se puede identificar como sistemas humanos, así como en las máquinas, entendidas como sistemas artificiales. De la misma manera, plantea los sistemas abiertos y los sistemas cerrados, los primeros permiten el intercambio de información con otros sistemas y los segundos no permiten dicho intercambio.

Un término necesario para comprender esta teoría es el de homeostasis, lo cual significa que un sistema funcionará de tal manera que permita mantener su organización de forma equilibrada. Otros principios que guían esta teoría son los de equifinalidad y equicausalidad. La equifinalidad refiere que es posible llegar al mismo resultado sin importar cuál es el origen. La equicausalidad implica que una misma causa puede generar diferentes resultados.

Dentro de los conceptos básicos de la TGS se pueden identificar la circularidad, entendida como un proceso en el que lo que hace o no un elemento del sistema afecta a otro, lo cual repercute en a otro y así sucesivamente hasta que uno de esos elementos afecta al primero. En ese sentido, un elemento del proceso se puede concebir como causa y efecto del cambio en otro elemento. Esta comprensión rompe con la linealidad causal. En relación con la circularidad se puede situar al concepto de totalidad, el cual se refiere a que el todo es más que la suma de las partes (Bertalanffy, 1976).

En esta teoría, los procesos de entrada y salida de información son imprescindibles, debido a la retroalimentación, entendida como la información que el sistema recibe con respecto a sus acciones del pasado. La retroalimentación puede ser positiva o negativa; la primera permite la homeostasis y la segunda genera la morfogénesis. Es a través de la retroalimentación que los sistemas regulan sus comportamientos (Bertalanffy, 1976).



La TGS está muy relacionada con la teoría cibernética que, de acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2000), fue desarrollada por Wiener y Von Neumann como ciencia de la auto-organización y a la vez como la ciencia del control. Precisamente, cibernética, en griego significa timonel. Surge oficialmente en 1949 en las conferencias Macy, donde dieron a conocer sus avances Von Neumann, Rosenblueth, Wiener, McCulloch y Pitts. En esas conferencias, Gregory Bateson y Margaret Mead expusieron la posibilidad de utilizar la retroalimentación negativa y la homeostasis como modelos explicativos de los fenómenos sociales.

Wiener definió a la cibernética como el estudio del control y la comunicación tanto en animales como en las máquinas. Mientras que para Bateson es la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información. Al igual que en la TGS, el *feedback* o retroalimentación es de gran importancia, ya que Wiener considera que los elementos que hacen parte del sistema no cumplen una función como emisor o receptor solamente, sino que cumplen ambas funciones dependiendo del mensaje emitido y recibido. Para Wiener (1954/1967; citado en Keeney 1983) la retroalimentación es un método para controlar un sistema al reintroducirle los resultados de su desempeño en el pasado.

Para poder comprender la cibernética, al igual que la Teoría General de los Sistemas, resulta indispensable cambiar de una percepción de causalidad lineal por una noción de causalidad circular. Esta perspectiva permite dejar de lado los procesos intrapsíquicos para dar paso a comprensiones basadas en las relaciones y sus pautas.

Dentro del desarrollo de la epistemología cibernética se pueden identificar dos momentos: el primero, de acuerdo con Ceberio y Watzlawick (1998) se da a partir de la idea de la caja negra, en la cual el observador es quien decide cuál será la información de entrada y salida; en este caso, hay una separación entre el observador y el fenómeno observado. A este primer momento se le ha

denominado cibernética de primer orden. En el segundo momento, el observador reconoce su ingreso dentro del sistema del fenómeno observado, es decir, ya no se pueden pensar en separado, sino siempre en relación. A lo anterior se le conoce como cibernética de segundo orden. Para Von Foerster (1974; citado en Ceberio y Watzlawick 1998) la cibernética de primer orden se aplica a los sistemas observados y la de segundo orden se refiere a los sistemas observantes. Se puede decir que la primera brindó los conceptos de regulación, equilibrio, estabilidad, cambio, mientras que la segunda introdujo conceptos de mayor complejidad como los de autorreferencia y autonomía.

Por otro lado, Sluzki (1987) habla de una primera cibernética que pone el énfasis en términos como entropía y entropía negativa, organización e información, homeostasis. Mientras que la segunda cibernética, según Maruyama (1963; citado en Sluzki, 1987) ya no enfatiza la homeostasis y en su lugar propone una visión dinámica de los procesos sistémicos, subrayando la complementariedad estabilidad-cambio.

Otra perspectiva que ha influenciado la terapia familiar es la propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson (1985), quienes en su teoría de la comunicación humana aportaron los cinco axiomas de la comunicación humana. El primer axioma formula la imposibilidad de no comunicar. El segundo plantea que en los procesos de comunicación hay dos niveles, el de relación y el de contenido. El tercero postula que hay puntuaciones en las secuencias de los hechos. El cuarto axioma formula que existen tanto la comunicación analógica como la digital. El quinto indica que en los procesos de comunicación se pueden presentar interacciones complementarias o simétricas (Watzlawick et al., 1985).

Dichos autores plantean que algunas de las posibles interacciones que dicta la pragmática de la comunicación y que pueden generar dificultades son: el rechazo de la comunicación, aceptar la comunicación, la descalificación de la comunicación y el síntoma como comunicación.

Esta misma teoría plantea que en la comunicación se presentan diversos niveles: uno es el nivel de contenido y otro es el de relación. En estos casos pueden existir varias combinaciones a partir de los acuerdos o desacuerdos en torno al contenido de los mensajes y la definición de la relación. Las variantes que se pueden presentar se dan cuando, en el mejor de los casos, hay un acuerdo con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación. Sin embargo, se pueden presentar problemas en los siguientes casos: cuando existen desacuerdos con el contenido de la comunicación pero no la relación, cuando se puede estar de acuerdo en el contenido pero en desacuerdo con el nivel de relación o también en los casos en los que puede existir confusión o desacuerdo en ambos niveles e, incluso, una persona puede verse obligada a dudar de sus percepciones al nivel de contenido, con el propósito de no poner en riesgo la relación con la otra persona (Watzlawick et al., 1985).

Estas variaciones de acuerdos o desacuerdos en el contenido y en la relación pueden resultar en la definición del *self* y el otro, la confirmación, el rechazo, la desconfirmación o la impenetrabilidad.

Al considerar la comunicación analógica y digital, es necesario tomar en cuenta que pueden presentarse errores de percepción o transmisión entre el material analógico y el material digital, sobre todo cuando dichos materiales son contradictorios.

Watzlawick et al. (1985) plantean que hay interacciones simétricas y complementarias y en ambos casos pueden llegar a ser patológicas. La escalada simétrica es una pauta en la que los participantes tienden a igualar su conducta de manera recíproca y suele ocurrir a manera de competencia. En esta pauta la relación parece estar basada en la igualdad, mientras que en la complementariedad rígida la conducta de uno de los participantes es complemento de la conducta del otro, aquí la relación está basada en la diferencia.

Años más tarde se fueron desarrollando las perspectivas constructivistas y construccionistas. De acuerdo con Limón (2005) el constructivismo postula que un organismo no puede ser capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, puesto que únicamente puede construir una comprensión que ajusta a la realidad. Según las ideas piagetianas, el constructivismo propone que las estructuras cognitivas se modifican por ensayo y error; por lo tanto, las experiencias son transformadas en hipótesis que sirven para llevar a cabo acciones futuras. En ese sentido, los sistemas vivientes son sistemas cognitivos y la vida es un proceso de aprendizaje.

En el caso del constructivismo radical, Limón (2005) propone que la persona funciona por medio de mapas cognoscitivos los cuales son elaborados internamente y esa es la única realidad que puede conocer; por ende, la realidad externa, es decir lo que se percibe a través de los sentidos, es solo una aproximación a la realidad. Según Von Glasersfeld (1996) los dos principios básicos del constructivismo radical son: primero, que el conocimiento no se recibe de manera pasiva, ni a través de los sentidos, puesto que es construido activamente por el sujeto. El segundo principio plantea que la función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, pero no para descubrir una realidad objetiva.

Un autor fundamental para los constructivistas, según (Limón, 2005) es Vico, quien propone que las personas solo pueden conocer lo que han podido construir en sus estructuras cognitivas. De acuerdo con esta idea, el conocimiento nunca podrá ser la representación del mundo real. El constructivismo sumado a la cibernética de segundo orden cuestiona la separación entre el observador y lo observado.

El constructivismo enfatiza comprender al observador y sus construcciones mentales. El construccionismo social centra el trabajo sobre las relaciones, entendidas como expresiones de sistemas de lenguaje o de significado (Boscolo y Bertrando, 2005).

García (2013) menciona que el construccionismo social es una corriente que inicia en los últimos años de la década de los setenta y, al igual que el constructivismo, surgió como una alternativa novedosa y alejada de las tradiciones positivista, conductual y cognitiva que hasta ese momento reinaban en la disciplina. Desde esta perspectiva se cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. El conocimiento se produce y se transforma solo a través de la permanente conversación en el mundo ordinario, común y corriente (Limón, 2005).

Para Gergen y Gergen (2011): “la construcción social no es atribuible a un único individuo ni a un grupo, y tampoco es singular ni unificada, sino que responde a una creación compartida socialmente” (p. 9).

El construccionismo enfatiza en las relaciones sociales y en el papel del lenguaje como los factores que intervienen en la construcción social de la realidad. Para Gergen y Warhus (2003) esta propuesta pone en el centro la idea de que son las relaciones las que crean el significado, en lugar de la mente o los procesos internos, es decir, los significados son construcciones sociales y no resultados de acciones individuales. El construccionismo social destaca el hecho de que siempre que alguien trata de definir la realidad, irremediablemente lo hace a partir de un contexto cultural (Gergen y Gergen, 2011).

Una de las características más evidentes del construccionismo es su criticidad y cuestionamiento del poder y lo correcto. Según Ibáñez (2003, 2007; citado en García, 2013) entre los principios que guían esta perspectiva teórica y epistemológica se encuentran: el antiesencialismo, el relativismo, el cuestionamiento de las verdades absolutas y que son aceptadas por la mayoría sin cuestionar, una determinación histórico-cultural de la construcción del

conocimiento y, por último, el reconocimiento de la función primordial del lenguaje en la construcción social de la realidad.

Otros autores que aportan a esta epistemología son: Derrida y su idea del deslizamiento del sistema de significados y también de su posible deconstrucción; Wittgenstein en los juegos del lenguaje y la posibilidad de ir más allá de las convenciones lingüísticas preestablecidas; además del trabajo de Foucault sobre las relaciones del poder y la tiranía que puede ejercer una creencia cultural (Limón, 2005).

Para Gergen y Warhus (2003) el construccionismo no incita a abandonar las teorías, sino abre la posibilidad de abordarlas bajo una mirada integradora. Del mismo modo, propone ampliar los valores para poder identificar cuándo pueden ser adecuados o funcionales. Esta epistemología plantea la idea de dejar de pensar en el terapeuta como el experto para situarlo como un colaborador, dejar de lado la jerarquía y el poder para participar en una relación igualitaria y democrática. Ofrece un lugar para la reflexión en torno a la neutralidad y la considera imposible, puesto que todas las personas tienen alguna postura moral, ética, política, económica y social, por lo que un sistema terapéutico en su interacción conlleva un activismo político y social, se crea o no.

El construccionismo propone cinco dimensiones de cambio: de la mente al discurso, del *self* a la relación, de la singularidad a la polivocalidad, de los problemas a la potencialidad futura, del *insight* a la acción. El cambio también está mediado por el lenguaje; lo que genera la diferencia es aquello que decimos y como lo decimos (Gergen y Warhus, 2003).

Para el construccionismo, al comunicarse es como se construye el mundo y la realidad. Todo lo que se considera real es construido socialmente, llevado al extremo nada se puede creer como real hasta que las personas logran ponerse de acuerdo para establecer que lo es. Por lo tanto,

el interés en un proceso terapéutico debe estar en cómo es que las personas han construido su realidad y la oportunidad para participar en diálogos que posibiliten la construcción de nuevas realidades.

Gergen y Gergen (2011) consideran que hay tres propuestas terapéuticas acordes a las ideas socio-construccionistas: la terapia narrativa, la terapia colaborativa y los equipos reflexivos. Dichos modelos también corresponden con los planteamientos postmodernos, puesto que el lenguaje tiene una vital importancia, además de considerar múltiples versiones posibles de la realidad, la influencia de los discursos de poder y los significados.

El pensamiento postmoderno rechaza las metanarraciones o discursos absolutos con carácter de verdad. En la posmodernidad toda teoría o sistema de pensamiento es solo una de las tantas narraciones que se pueden dar, lo importante es centrar la atención en las micronarrativas, es decir, las narraciones locales y tradicionales (Boscolo y Bertrando, 2005).

A partir de estas ideas es que se puede visualizar el desarrollo de la Terapia Familiar como una serie de líneas que se van entrelazando, expandiendo y engrosando conforme se van integrando nuevos aportes de diversas epistemologías y disciplinas que enriquecen los conocimientos y los discursos en torno a lo humano, lo psicológico y lo terapéutico.

## **2.2. Modelos que guiaron los casos clínicos**

A continuación se ofrece una breve exposición de los antecedentes de la Terapia Familiar y de las teorías e ideas que subyacen al Modelo Estructural, la Terapia Breve Centrada en Problemas, la Escuela de Milán, la Terapia Breve Centrada en Soluciones, la Terapia Narrativa, la Colaborativa y los Equipos Reflexivos. Estos modelos terapéuticos fueron los que se abordaron durante la Maestría y sirvieron como guía para la atención de los casos. Cabe mencionar que el orden en el que se presentan responde a cómo se fueron trabajando en el proceso de la formación.

### **2.2.1. Antecedentes de la terapia familiar.**

En la práctica, la terapia familiar sistémica surge en la década de los años cincuenta. De acuerdo con Ochoa (1995) Bell es quien acuña el término terapia familiar, mientras que Nathan Ackerman considera igual de importantes los conceptos intrapsíquicos e interpersonales, así como la relación entre los factores biológicos y el medio social. Por su parte, Murray Bowen propone una teoría familiar de sistemas, y comienza a trabajar con pacientes esquizofrénicos y con sus madres para investigar la hipótesis simbiótica en la que creía que la esquizofrenia del hijo era el resultado de un trastorno de la madre. Es a partir de estas investigaciones que identificó que la relación madre-hijo era sólo una parte de la unidad familiar que estaba relacionada con la esquizofrenia. Por estas razones, según Ochoa (1995), Bowen comprendía a la familia como un sistema en el que se combinan variables tanto emocionales como relacionales. Las variables emocionales generan el funcionamiento del sistema y las relacionales definen la forma en la que son expresadas las emociones.

De acuerdo con Ochoa (1995) en la década de los años 50, Gregory Bateson da inicio a un proyecto de investigación acerca de la comunicación y la paradoja. En 1954 comienza a trabajar con Don Jackson y estudian los procesos de comunicación de las personas psicóticas. De esta investigación se genera la teoría del doble vínculo, haciendo referencia a los dobles mensajes que se hacen llegar en una paradoja. Para Bateson, la locura y otras patologías son conductas comunicativas; ésta una de sus mayores contribuciones al desarrollo de la terapia sistémica familiar. En 1962, Jay Haley y John Weakland se unen al trabajo de Bateson para profundizar en el concepto del doble vínculo, buscando diferencias entre los procesos de comunicación entre las familias con síntomas y las asintomáticas. Concluyeron que el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar el origen de la esquizofrenia en una persona.



Según Ochoa (1995) a finales de la década de los cincuenta Don Jackson funda el Mental Research Institute (M.R.I.); entre los miembros del instituto se encontraban Virginia Satir, Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland. Su trabajo se enfocaba en las interacciones que se presentaban entre los miembros de los sistemas familiares, incorporando los principios teóricos de la cibernética y de la teoría general de los sistemas, de ahí que consideraban a los problemas psiquiátricos como el resultado de la forma en que las personas interactúan en sus sistemas familiares. Para ellos, la familia funciona y se organiza a partir de ciertas reglas, por esta razón, la disfunción emerge cuando las reglas se tornan ambiguas.

En las décadas de los años sesenta y setenta, Ackerman y Jackson dan origen a la revista *Family Process*. En esos mismos tiempos se define a la familia como un grupo natural; el eje central de un tratamiento ya no es sólo la persona, ni un sistema general, en su lugar es la organización del grupo de trabajo, la familia nuclear y la familia extensa. Así mismo, se comienza a definir la estructura familiar.

Estos antecedentes dan paso a la formación y consolidación de los modelos sistémicos, los cuales favorecen la integración y el surgimiento de las terapias postmodernas.

A continuación se presentan con mayor detalle los principales modelos de terapia sistémica y postmoderna.

### **2.2.2. Modelo estructural.**

La terapia estructural fue desarrollada por Salvador Minuchin mientras dirigía la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia. Plantea tres axiomas para el trabajo de intervención. El primero implica comprender que el individuo influye y a su vez es influido por su contexto. Al vivir en una familia hace parte de un sistema social al que tiene que adaptarse, en este sistema hay normas y características que regulan sus acciones. Como es el caso del estrés que cuando se

produce en el sistema afecta al individuo y, a su vez, este individuo puede contribuir a generar estrés en el sistema.

El segundo axioma se relaciona con el hecho de que si se modifica una estructura familiar es posible que se generen cambios en las conductas y procesos psíquicos de los subsistemas que lo conforman.

El tercer axioma hace referencia a la inclusión de la conducta del terapeuta en el contexto del paciente o sistema familiar que está siendo atendido, por lo que familia y terapeuta deben ser considerados como un nuevo sistema que rige la interacción entre sus miembros (Minuchin, 2004).

Dicho autor considera a la familia como un sistema que funciona en relación con otros contextos sociales y que debe contar con tres componentes: una estructura abierta a procesos de transformación; adaptación a una serie de etapas por las cuales deberá transitar y reestructurarse; mantener la continuidad y fomentar el desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros.

Minuchin (2004) propone que la estructura familiar “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p. 86). La familia funciona a partir de pautas transaccionales, es decir, patrones acerca de cuándo, con quién y de qué manera deben relacionarse los miembros del sistema. Son estas pautas transaccionales las que rigen las conductas de los miembros de los sistemas familiares. Dentro de ellos se pueden generar pautas alternativas, sin embargo, cuando estas alternativas exceden los límites o desequilibran al sistema es necesario que el mismo tenga la disponibilidad y flexibilidad para modificar sus pautas y reestructurarse, en caso contrario, existe la posibilidad de que algunos miembros o todo el sistema entre en conflicto.

Minuchin (1985; citado en Ochoa, 1995) plantea a la familia como un sistema sociocultural abierto que pasa por diversas transformaciones al afrontar una serie de etapas tareas evolutivas

como se vislumbra en las etapas del ciclo vital de la familia. En muchas ocasiones, las familias pueden adaptarse y organizarse de acuerdo con las exigencias de la nueva etapa, no obstante, cuando el sistema familiar no puede adaptarse entra en conflicto y suelen llegar a aparecer conductas sintomáticas. El cambio se presenta cuando la familia se reequilibra y reestructura en relación a la etapa de ciclo vital que se va presentando.

Minuchin (2004) centra su análisis en los límites y las jerarquías. Identificar con claridad los límites permite conocer el funcionamiento familiar. Cuando los límites son difusos se considera que es una familia aglutinada, ya que las pautas transaccionales se basan en un exceso de comunicación y preocupación entre los miembros del sistema, lo que interfiere en los procesos de autonomía y diferenciación entre los subsistemas. Por el contrario, cuando los límites son rígidos se habla de familias desligadas, dado que el intercambio de comunicación se torna difícil o nulo, lo cual afecta a las funciones de protección del sistema familiar.

Los subsistemas familiares que propone son: el conyugal, el parental y el fraterno. En el caso del subsistema conyugal se forma con la unión de dos adultos con la intención de formar una familia; se caracteriza por la complementariedad y la acomodación mutua y entre sus funciones está el apoyo y la protección ante el estrés y los subsistemas externos. El subsistema parental emerge con la aparición de los hijos, cuando los adultos deben diferenciar entre sus funciones como padres y como pareja, a la vez deberán adaptarse al crecimiento de los hijos y sus nuevas demandas, por lo que tendrán que establecer unos límites claros entre sus subsistemas parental y conyugal, así como entre el subsistema parental y el subsistema fraterno. Para el caso del subsistema fraterno, es el primer espacio en el que los niños participan, aprenden y se desarrollan entre iguales, por lo tanto, cuando hay límites familiares rígidos al igual que cuando son difusos, es probable que el niño tenga dificultades para relacionarse con otros niños, lo cual puede afectar

en su desarrollo. Ambos extremos en los límites pueden generar conflictos, conductas sintomáticas, tanto en las personas como en las familias (Minuchin, 2004).

Minuchin (2004; Minuchin y Fishman, 2015) consideró que al modificar las reglas relacionadas con los límites y la organización jerárquica es posible producir un cambio a partir del desequilibrio en las secuencias de interacción que mantenían funcionando al sistema familiar, lo que lleva a la familia a una reestructuración que favorezca la adaptación del sistema a las nuevas pautas transaccionales.

En la terapia estructural se debe trabajar en conjunto con la familia teniendo como objetivo modificar la organización del sistema familiar para que la experiencia de sus miembros cambie. Es importante tener en cuenta que la familia no es un sistema estático, por lo que es necesario evaluar las interacciones familiares en coparticipación con el sistema familiar (Minuchin y Fishman, 2015). Dichos autores proponen una analogía en la que el terapeuta y la familia se encuentran en un mismo barco y el primero es el timonel. Sin embargo, tanto la familia como el terapeuta deberán acomodarse en esta relación a partir de sus experiencias y saberes. El terapeuta escucha a la familia y lo que dicen acerca de su realidad, además, observa cómo se relacionan entre ellos y con él.

Con la coparticipación, el terapeuta tiene la posibilidad de percibir las particularidades del sistema familiar para adaptarse a los cambios al identificar la manera en que los miembros del sistema y sus relaciones participan en el mantenimiento de los patrones disfuncionales. El terapeuta se mantiene atento a quién habla como representante de la familia, quién calla, qué hacen los demás miembros de la familia cuando el otro habla, los tonos, los silencios, las miradas, la geografía; señala los límites, pautas transaccionales y establece hipótesis (Minuchin 2004). Estos factores ayudan al terapeuta para trazar un mapa familiar, entendiendo que el mapa es sólo un

esquema mas no representa en su complejidad al territorio, pero es de utilidad para organizar los datos y generar posibles hipótesis y establecer objetivos de intervención.

Minuchin y Fishman (2015) formulan que para utilizar la coparticipación, el terapeuta puede adoptar una posición de cercanía, intermedia o distante. En una posición cercana el terapeuta puede entrar en convivencia con algunos miembros de la familia. Una estrategia que puede resultar útil es la confirmación en la que el terapeuta valida la realidad de los subsistemas en los que participa. Al mismo tiempo busca aspectos positivos y los reconoce; identifica áreas de conflictivas, de sufrimiento, de dificultad o de tensión y da a entender que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con sensatez. Es importante que el terapeuta sepa maniobrar bajo esta posición para poder desligarse luego de que se integró a este sistema.

En el caso de la posición distante, el terapeuta se mueve desde su experticia para desarrollar estrategias terapéuticas que generan esperanza de cambio en los miembros del sistema familiar. Por su experiencia, toma el papel de líder y establece las reglas, acepta y apoya determinados valores y mitos familiares, así como evita o ignora deliberadamente otros.

Mientras que en la posición intermedia, el terapeuta participa con una escucha activa, alienta a la gente para que hable acerca de lo que le sucede. Como en el caso del rastreo, además de recopilar información acerca de la familia, observa el modo en que él mismo investiga el proceso familiar para acoplarse a la estructura del sistema familiar.

Aprovechando las posiciones de cercanía, lejanía e intermedia y recordando que durante el proceso de intervención la realidad de la familia se va modificando en conjunto, es posible que se pueda recurrir a utilizar los símbolos universales, las verdades familiares y el consejo profesional. En el primer caso, el terapeuta argumento sus intervenciones apoyándose en discursos o comprensiones que son normalmente aceptadas, manteniendo una posición intermedia. En el

segundo caso, el terapeuta, desde una posición cercana, utiliza las propias verdades que se han construido dentro del sistema familiar para modificar su funcionamiento. El tercer caso es cuando el terapeuta, en una posición de lejanía, recurre a una explicación que se basa en su experticia y conocimiento profesional.

Minuchin (2004) planteó tres fases en el proceso de intervención, sin embargo, es preciso mencionar que la clasificación entre las fases es de carácter explicativo, debido a que en la práctica esta división se da de manera natural y particular en cada proceso y sistema terapéutico. La primera fase del proceso terapéutico es la unión y el acomodamiento. En la unión el terapeuta lleva a cabo acciones para relacionarse directamente con el sistema familiar en su conjunto, mientras que el acomodamiento se refiere a las acciones que el terapeuta realiza para establecer alianzas con un subsistema y con el sistema en general. Dichas alianzas se van alternando entre los subsistemas para mantener al sistema terapéutico funcionando. Entre las técnicas de acomodamiento están el mantenimiento, el rastreo y el mimetismo.

La segunda fase es el diagnóstico. En ésta, el terapeuta centra su atención en seis factores: primero considera la estructura familiar, sus pautas transaccionales y sus alternativas. Después evalúa la flexibilidad del sistema al modificar o no las alianzas y coaliciones a partir de las demandas de las circunstancias. Por otro lado requiere identificar la resonancia del sistema, esto es, si la familia es aglutinada o desligada. En cuarto lugar, analiza las fuentes de apoyo y de estrés dentro y fuera del sistema familiar. En penúltimo lugar toma en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia, Minuchin y Fishman (2015) proponen cuatro etapas del ciclo vital de la familia: la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes y la familia con hijos adultos. Por último, el terapeuta explora como el síntoma del paciente identificado es utilizado para mantener las pautas transaccionales de la familia. Cabe decir

que al mantener la unión con el sistema familiar, el terapeuta debe reconocer su influencia por lo que su diagnóstico no es realizado desde afuera del sistema (Minuchin y Fishman 2015).

La tercera fase es la reestructuración, en ésta se puede necesitar la asignación de tareas e implica cambios en la organización familiar. Como se mencionó, la división entre las fases es de carácter explicativo, ya que la reestructuración puede llevarse a cabo de manera simultánea en la fase de unión o acomodamiento e, incluso, en el diagnóstico, considerando que este tampoco es único y definitivo.

Para lograr la reestructuración, Minuchin (2004) plantea siete técnicas: “el captar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, la intensificación del estrés, la asignación de tareas, la utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía” (p. 206).

También existen técnicas de desequilibramiento en las cuales el terapeuta establece una alianza con alguno de los miembros del sistema que se encuentran en un nivel de jerarquía menor, o puede establecer coaliciones e incluso ignorar a algún miembro de la familia. Estos movimientos llevan a la familia a operar de manera diferente a como lo realizan de manera habitual (Minuchin y Fishman, 2015). Es necesario que el terapeuta trabaje para que los límites entre los subsistemas sean claros y cumplan sus funciones y así el sistema familiar se mantenga funcionando.

Otras técnicas que plantean Minuchin y Fishman (2015) son: el cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura de la familia y el cuestionar la realidad familiar. Para cuestionar el síntoma, el terapeuta debe tener claridad para comprender que el problema no reside en el paciente identificado, sino es resultado de algunas pautas de interacción de la familia. Adicionalmente debe considerar que las soluciones que el sistema familiar ha intentado para resolver los problemas han resultado infructuosas y se han tornado estereotipadas. El terapeuta

tiene que observar cómo se organizan los miembros del sistema familiar en relación al síntoma y su portador. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, o a manera de paradoja. El objetivo de este cuestionamiento es modificar o reencuadrar las comprensiones que el sistema familiar tiene del problema. Tanto el enfoque como la intensidad hacen parte del cuestionamiento del síntoma. El enfoque implica que el terapeuta pueda seleccionar y organizar los datos que ha recogido. Al tener este mapa organizado, deberá utilizarlo para promover un cambio, al elegir un tema y trabajar en él, desechando momentáneamente otros temas que por el momento no son de utilidad para el objetivo terapéutico. En lugar de saturarse con datos, lo que se trata es de abordar un tema a la vez (Minuchin y Fishman 2015). La intensidad es el resultado de una serie de técnicas que utiliza el terapeuta para que el sistema familiar escuche de manera diferente y permita el acceso a nueva información. Para lograr la intensidad, se puede utilizar la repetición del mensaje, la repetición de relaciones isomórficas, la modificación del tiempo y puede resistir a la presión de la familia.

El cuestionamiento de la estructura familiar requiere que el terapeuta comprenda que la concepción del mundo de los miembros del sistema familia depende, en gran parte, de las posiciones que ocupan dentro de los diferentes subsistemas familiares. El terapeuta saca a la luz coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflicto. Debe identificar a los miembros que funcionan para desviar el conflicto y a los que ejercen un papel central, a quienes cuidan, auxilian y los que sirven de chivo expiatorio. Identifica el trazado de los límites entre los subsistemas.

Cuando el terapeuta pretende cuestionar la realidad familiar, debe comprender que las pautas transaccionales responden a cómo es que el sistema familiar vive y experimenta la realidad y, en consecuencia, es necesario formular nuevas pautas de interacción. El terapeuta puede



implementar intervenciones paradójicas o insistir en los lados fuertes de la familia para hacer un reencuadre de la realidad conflictiva y estereotipada de la familia.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (2015) el reencuadre o redefinición es una interpretación diferente del problema y cómo lo ha percibido la familia, esta nueva interpretación deberá ser planteada como algo que favorece a los miembros del sistema familiar. Cuando esta redefinición es aceptada por la familia, entonces, el terapeuta puede prescribir una intervención paradójica. En este tipo de intervención, solicita a la familia que se mantenga con las interacciones que producen el síntoma. Una vez que la familia comienza a interactuar como se prescribió y la familia muestra indicios de querer cambiar, el terapeuta trata de frenar esos cambios. Conforme la familia vaya desafiando esa prescripción el terapeuta irá cediendo a estos cambios, mientras advierte las posibles consecuencias de cambiar. Las paradojas son intervenciones que se basan en que la familia pueda desafiarlas. Para poder aplicar una paradoja es necesario una redefinición, la prescripción y la restricción.

Cuando uno de los miembros del sistema coopera con el terapeuta y otro se resiste, el terapeuta puede emplear la técnica basada en la aceptación y el desafío. También existen las intervenciones directas; son aquellas en las que el terapeuta realiza con la intención de que el sistema familiar las realice como se le ha indicado.

Hay algunas técnicas que sirven para abordar la complementariedad, puesto que uno de los objetivos de la terapia consiste en que los miembros de una familia puedan identificar que cada uno de ellos es parte de un sistema familiar y cumple una función en el sistema. Para conseguirlo el terapeuta debe cuestionar el problema, el control lineal y la forma en que la familia recorta los sucesos.

Debido a que una familia no solo se compone de estructuras, sino también de esquemas cognitivos, es necesario que el terapeuta tenga claro la forma en que el proceso terapéutico puede influir o detenerse por estos esquemas cognitivos. Por lo tanto, es necesario conocer las realidades de la familia a través de sus concepciones del mundo, la elaboración y validación de estas concepciones, para después cuestionar estas concepciones del mundo y ofrecer unas diferentes.

Una técnica que se sirve del equipo de intervención es el coro griego, aquí el equipo que normalmente está del otro lado del espejo envía mensajes que han sido elaborados en conjunto con el terapeuta; dichos mensajes pueden ser elogios al sistema familiar, comentarios acerca del síntoma, sus consecuencias, etc. El terapeuta es quien dice a la familia el mensaje del equipo y tiene la opción de decidir qué posición mantendrá ante esos mensajes, los puede apoyar, cuestionar o contradecir, lo que provocará a la familia a asumir también una posición entre los mensajes del equipo y el terapeuta.

Existen otras técnicas que sirven para trabajar con los lados fuertes de la familia, para lo cual es necesario que el terapeuta desarrolle la habilidad de identificar cuáles son las fortalezas y recursos con los que cuenta el sistema familiar, puesto que todos los tienen, pero la atención ha sido monopolizada por el síntoma.

En resumen, Minuchin (2004; Minuchin y Fishman, 2015) plantean que una familia deberá transformarse, adaptarse y reestructurarse para mantenerse funcionando. Además, cuenta con una estructura dinámica que se mueve a partir de pautas transaccionales con las que hace frente a sus circunstancias, sin embargo, deberá tener la disposición de recurrir a pautas transaccionales alternas cuando los contextos internos o externos demanden una reestructuración. Por último, tiene que adaptarse al estrés permitiendo la continuidad y reestructuración del sistema familiar.

El objetivo de la terapia es la reestructuración, modificando tanto los límites como las jerarquías y, por ende, la organización familiar, al permitir la emergencia de flexibilidad y novedad en sus interacciones en lugar de los patrones rígidos que favorecen la patología. En ese sentido, el terapeuta se une a la familia para modificar su funcionamiento, no para educarla (Minuchin, 2004).

Varias décadas después de los inicios del modelo estructural, Minuchin, Nichols y Lee (2014) propusieron un modelo para la evaluación e intervención en parejas y familias con cuatro pasos. El primer paso consiste en abrir el motivo de consulta al descentralizar la atención en el síntoma y en el paciente. El segundo paso es identificar cuáles son las interacciones familiares que permiten que el síntoma se mantenga. En el tercer paso se investiga qué eventos del pasado pueden estar influyendo en el presente del sistema familiar. El cuarto paso consta de redefinir el problema y generar alternativas para el sistema familiar. Es importante comentar que en esta nueva propuesta se retoman las técnicas descritas con anterioridad.

Este modelo estructural pareciera tener un carácter normativo, al pensar que las familias deben tener cierta estructura y organización que les facilita el tránsito y la adaptación de acuerdo con las etapas evolutivas que le corresponde; no obstante, cabe mencionar que desde este modelo nunca se propone una solución genérica, sino que se comprende a los sistemas familiares como sistemas particulares que requieren de una atención igualmente particular. Por otro lado, es importante considerar que hay factores propuestos por Salvador Minuchin como “las realidades” y “las construcciones” que dan un primer paso hacia comprensiones que años más tarde los construccionistas sociales retomarían para el trabajo de intervención.

### **2.2.3. Terapia breve centrada en problemas.**

De acuerdo con Schaefer (2013) el Mental Research Institute (M.R.I.) fue el resultado de los trabajos de Gregory Bateson y de un equipo liderado por Don Jackson que trataba de incorporar

la cibernética al trabajo con familias. El instituto se formó en 1959 en Palo Alto, California, y el director fue Don Jackson; el equipo de trabajo original estaba conformado por Virginia Satir y Jules Riskin, además de Jackson. Al poco tiempo, John Weakland y Jay Haley –quienes investigaban las estrategias comunicacionales en familias que habían sido diagnosticadas como esquizofrénicas– se separan de Bateson y se unen al M.R.I. Por último, se integra Paul Watzlawick. Años más tarde fallece Don Jackson y Satir deja el grupo, pero llega Richard Fisch.

De este grupo surge un modelo de intervención conocido como terapia breve centrada en problemas, el cual fue desarrollado en la década de los sesenta por Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch y Lynn Segal; su trabajo es influido por las aportaciones de Milton Erikson y se centra en las soluciones que las personas y familias han intentado para resolver su problema y que no han resultado satisfactorias. Se considera breve porque la duración de un proceso terapéutico no debe ser mayor a diez sesiones.

Cabe mencionar que para este modelo de intervención es necesario considerar a la teoría como un mapa que permite el abordaje de los problemas, sin embargo, este mapa puede ser transitorio y efímero puesto que es solo un instrumento para acercarse a la realidad, no es la representación ni la realidad misma (Fisch, Weakland y Segal 1984).

Para poder comprender cómo es que los problemas se mantienen en las familias o personas a pesar de todos sus esfuerzos por cambiar y resolver el problema, Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) retomaron la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. La teoría de los grupos ayudó a comprender que aun cuando se presenten cambios dentro de los grupos el resultado no marcará una diferencia en el grupo. La teoría de los tipos lógicos permitió dar cuenta de la importancia que tiene el separar claramente los niveles lógicos y el hecho de que pasar de un nivel a otro superior requiere de dar un salto o transformarse, lo cual implica salir del sistema. De estos

planteamientos surge la idea de que puede haber dos tipos de cambio: el cambio tipo uno se presenta dentro de un sistema que puede permanecer sin modificaciones y el cambio tipo dos segundo implica la aparición de un cambio que transforma al sistema.

Watzlawick et al. (1992) refieren que el cambio tipo dos es necesario cuando el intento de la solución es a la vez la causa del problema; a diferencia del cambio tipo uno que, por lo general, se basa en el sentido común, el cambio tipo dos corresponde a algo extraño, diferente, novedoso en el proceso de cambio. Las técnicas que se pueden aplicar para posibilitar un cambio tipo dos se sitúan en el aquí y el ahora y están encaminadas a los efectos, no a las causas.

Desde este modelo se comprende que el síntoma es una dificultad que se transforma en un problema cuando los intentos por resolverla son equivocados; a pesar de ello las personas mantienen e incluso aumentan la dosis y la frecuencia de los intentos ineficaces, siendo esta persistencia lo que permite que el problema permanezca o se agrave (García, 2013). En vista de ello los problemas son interaccionales, no provienen del interior de las personas, así que no pueden ser consideradas como enfermedades mentales. Al aplicar más de lo mismo en las soluciones se obtiene más de lo mismo en el problema, es preciso mencionar que esto mismo puede ocurrir en la terapia (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon y Weiner, 1990).

Para Watzlawick et al. (1992) hay tres formas de enfrentar de manera inadecuada a las dificultades: la primera es cuando el negar un problema es el intento de darle la solución; a esto se le denominó terrible simplificación, en otras palabras hay algo que hacer pero no se hace; la segunda forma es cuando el intento por solucionar implica intentar modificar algo que no se puede modificar, en este caso se hace algo cuando no se tiene que hacer; lo anterior se conoce como síndrome de utopía; la tercer forma es la paradójica, se presenta cuando se intenta generar un cambio tipo uno cuando era necesario un cambio tipo dos, es decir, cuando se plantea un cambio en el

mismo nivel pero la solución es cambiar de nivel o viceversa, llevar el cambio a un nivel superior cuando solo es necesario un cambio en el mismo nivel.

Las ideas que subyacen a este modelo terapéutico son: si no hay queja no hay problema, la solución intentada forma parte del problema, la interacción es básica e inevitable, un cambio favorece más cambios, se prefiere una descripción por encima de un diagnóstico (Fisch y Schlanger, 2012).

El trabajo de intervención se realizaba en equipo, en cada caso había un terapeuta y los demás miembros del equipo tenían la función de observar a través de un espejo unidireccional, es por eso que a este modelo se debe el uso de la cámara de Gesell en terapia. Además de observar, podían hacer comentarios por el interfono. Las sesiones eran grabadas con el objeto de analizarlas en detalle (Fisch, et al., 1984).

El procedimiento terapéutico que plantean Watzlawick et al. (1992) se compone de cuatro etapas. La primera es definir el problema de la manera más clara y concreta posible; la segunda es indagar acerca de las soluciones que se han intentado; en tercer lugar se formula una definición clara y alcanzable del cambio que se pretende lograr, para lo cual es necesario definir qué temas o situaciones no se deben abordar; y, por último, se plantea y se ejecuta un plan que permita llevar a cabo el cambio, dentro de ese plan se debe saber contextualizar y comunicar la importancia de llevar a cabo las tareas que sean asignadas con el fin de ser realizadas.

Para llevar a cabo una terapia desde el modelo del M.R.I. es imprescindible que el terapeuta cuente con una capacidad de maniobra entendida como la libertad de intervenir de la manera que él considere conveniente, aun cuando haya obstáculos (Fisch, et al., 1984). Mantener esta capacidad de maniobra requiere que el terapeuta tenga la claridad para saber que el paciente es quien necesita del terapeuta y no al revés, además de contemplar la opción de concluir el

tratamiento cuando crea que es necesario, incluso cuando los objetivos no se hayan alcanzado, como en el caso de aquellos pacientes que intenten poner sus condiciones. Otros factores que hacen posible la capacidad de maniobra son la oportunidad y ritmo en sus intervenciones. Adicionalmente es preciso que el terapeuta se tome el tiempo necesario para decidir lo que considere prudente dependiendo del caso y no de la presión de los pacientes. El lenguaje condicional del terapeuta es otra habilidad que se requiere para mantener la capacidad de maniobra. Tomando en cuenta que la terapia es un proceso relacional, el cliente participa en dicha capacidad al ser concreto.

Si se quiere que una intervención sea más efectiva es indispensable que el terapeuta muestre una actitud igualitaria y no de superioridad o inferioridad, empero, puede evaluar la necesidad de optar por una actitud de superioridad, si el cliente o el caso lo ameritan.

Partiendo de la idea de que los problemas se mantienen porque los intentos de solución de los clientes dependen de la forma en la que ellos consideran que es la adecuada y quizá la única para resolver el problema, aun cuando ésta no haya dado los resultados que ellos esperan, es de vital importancia que el terapeuta pueda identificar cuál es la postura del cliente puesto que según este modelo “la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema” (Fisch et al., 1984, p.109).

De acuerdo con Fisch et al. (1984) para evaluar la postura del cliente es necesario que el terapeuta escuche la forma, el tono, el énfasis, las frases y todo lo que expresa el paciente en torno al problema. En un principio se tendría que definir si la persona que asiste a la terapia es un paciente o un cliente. El paciente es aquél que es considerado por él mismo o por otros como el enfermo, desviado o anormal. Mientras que el cliente es aquél que solicita el apoyo del terapeuta. Los pacientes pueden tener una posición pesimista o una posición donde consideran que el problema

puede ser resuelto. Por otro lado pueden situarse como pasivos y atentos a los consejos o acciones del terapeuta; pueden intentar hacerse cargo del proceso terapéutico al utilizar al terapeuta para hacer valer su criterio; o bien pueden asumir una postura de colaboración con el terapeuta. Identificar la postura del paciente es fundamental para el trabajo terapéutico porque disminuye el riesgo de que se presente una resistencia al tratamiento, se puede impulsar una mayor participación del paciente.

En el caso de las técnicas o intervenciones, Fisch et al. (1984) las dividen en dos categorías: las principales y las generales. Las intervenciones principales abarcan cinco intentos básicos de solución: intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo, intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo, intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación y la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Las intervenciones generales se pueden utilizar para preparar el terreno para una intervención posterior más específica y son: no apresurarse, los peligros de una mejoría, un cambio de dirección de 180 grados y cómo empeorar el problema.

No apresurarse es una estrategia que se utiliza frecuentemente en clientes, cuya solución intentada consiste en esforzarse demasiado o en aquellos que intentan apresurar al terapeuta para que brinde la solución mientras ellos se mantienen sin actuar.

Los peligros de una mejoría hacen referencia a una técnica que se aplica en caso de que se presente cierta resistencia; sirve para enfatizar el no apresurarse, para aumentar la motivación, para incitar al paciente a cumplir con las tareas después de no haber cumplido con alguna. Se puede realizar a manera de una pregunta explícita o exponiendo diversos ejemplos donde se presenten inconvenientes relacionados con el cliente y su mejoría.



El cambio de dirección de 180 grados requiere que el terapeuta de un giro rotundo a la estrategia ofreciendo al cliente una explicación para este cambio. Esta técnica puede plantearla el terapeuta como el resultado de sus reflexiones, aceptando que no ha notado cambios o que no ha considerado todos los factores y por eso es necesario abordar el caso de una manera diferente.

¿Cómo empeorar el problema? esta técnica se puede emplear cuando los clientes se han resistido a la mayoría de las intervenciones anteriores o se niegan a intentar nuevas alternativas (Watzlawick et al., 1992).

En resumen, la terapia breve centrada en problemas es un modelo útil para trabajar con personas o familias que presentan cierta resistencia al tratamiento. Deja de lado la estructura familiar para centrarse en los intentos de solución, en la postura del cliente y, a partir de eso centra sus intervenciones.

En esta aproximación el desarrollo de la terapia familiar continúa dando pasos hacia nuevos horizontes más cercanos a la postmodernidad, al abrir nuevas posibilidades que antes no eran visualizadas por los clientes.

#### **2.2.4. Escuela de Milán.**

Este modelo surge a finales de la década de los sesenta en la ciudad de Milán, es desarrollado por Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo. De acuerdo con Boscolo y Bertrando (2005) su trabajo se basa en la cibernética batesoniana, transitando por el constructivismo y el construccionismo.

Este grupo ha pasado por varias etapas: la primera desde una orientación psicoanalítica al final de la década de los sesenta de 1967 a 1971; después optaron por el modelo del M.R.I. de Palo Alto, el cual duró hasta 1975, año en el que intentaron adaptar la epistemología cibernética propuesta por Gregory Bateson; más tarde, en 1979, Selvini-Palazzoli y Prata se separan del grupo

para seguir trabajando desde una perspectiva cibernética de primer orden investigando los juegos de las familias; en 1983, Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino integraron un equipo para investigar tipologías familiares (Boscolo y Bertrando, 2005).

En los inicios de este modelo, en 1967, el equipo consideraba necesario que la terapia fuera llevada a cabo por una pareja heterosexual de terapeutas, lo cual minimizaba el riesgo de que los terapeutas se dejaran llevar por prejuicios o estereotipos relacionados con el género.

El primer contacto con la familia se realizaba por teléfono. La terapia estaba planteada para toda la familia y la sesión se llevaba a cabo en una cámara de Gesell. Había un equipo terapéutico que se reunía en una presesión para elaborar algunas hipótesis de trabajo. Poco después se realizaba la sesión con una pareja de terapeutas frente a la familia y el equipo terapéutico detrás del espejo. La sesión podía ser interrumpida por el equipo y tanto equipo como terapeutas se reunían de manera breve para intercambiar ideas. Al finalizar la sesión, el equipo y los terapeutas se volvían a reunir para trabajar en nuevas hipótesis sistémicas que dieran sentido a los comportamientos en relación al síntoma. Ya con esta hipótesis se construía una intervención final y, por último, se reunía el equipo para redactar el acta de la sesión, en la cual se describían los detalles de la misma. (Boscolo y Bertrando, 2005; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).

El número de sesiones que se planteaba era de diez, en un principio se llevaban a cabo cada semana, pero después el grupo identificó que el resultado era más eficaz si el intervalo entre sesiones era más prolongado, por lo que empezaron a realizar una sesión por mes con cada familia.

Las hipótesis planteadas por el equipo estaban enfocadas a identificar los juegos familiares, puesto que ellos pensaban a la familia o, incluso, a cualquier grupo como “un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores” (Selvini et al, 1998, p. 13). Lo anterior permite comprender que las familias que presentan

conductas o situaciones que se pueden considerar como patológicas han establecido una forma de relacionarse y normas particulares que mantienen la patología. Las conductas sintomáticas forman parte de esas normas y de esas relaciones por una tendencia a la repetición de las soluciones intentadas que mantienen al sistema en equilibrio y que no permiten la adaptación del sistema al cambio. También requiere comprender que los miembros del sistema familiar conforman un todo en el cual uno solo no puede ejercer el poder para mantener o cambiar al sistema. El poder radica en las reglas del juego que el sistema ha establecido. El mantenimiento o el cambio en el sistema ocurren a partir de las interacciones entre todos los miembros del sistema.

Una de las ideas centrales que rigen este modelo de intervención es la relación y su necesidad de definirla. Se considera que algunos problemas familiares y de pareja devienen de juegos en los cuales la relación no ha sido definida, puesto que en este juego existen posiciones pseudocomplementarias y pseudosimétricas. Cuando estas posiciones entran en juego con las reglas establecidas es que algunos miembros de la familia se vuelven expertos en utilizar paradojas, lo que facilita el doble vínculo, en el cual se envía un mensaje en un nivel mientras que en otro nivel se manda otro que contradice al primero. En consecuencia quien recibe el mensaje se encuentra atrapado, situación que puede agravarse cuando se manda otro mensaje en el que se ordena no hacer comentarios acerca de los mensajes contradictorios y además se prohíbe abandonar el juego (Selvini et al. 1998).

Entre las estrategias comunicacionales a las que pueden recurrir las familias por mantener las reglas se pueden encontrar la descalificación del mensaje, los cambios de tema e incluso las amnesias. La descalificación se puede dar hacia el otro, pero también puede ser hacia sí mismo en relación con otro. Cabe decir que cuando estas estrategias dan resultado para la familia, el juego

puede llegar a cristalizarse en medio de una neblina que no permite ver este juego que, por cierto, nunca tendrá un fin ni tampoco un ganador (Selvini, et al. 1998).

En sus esfuerzos por mantener el sistema, la familia entra en un juego en el cual se esfuerzan y mantienen la esperanza de poder lograr que el otro ceda, por lo que es necesario que ambos permanezcan en el juego. Para el grupo de Milán, el paciente designado obedece la regla de no abandonar el juego ni metacomunicar el doble vínculo, pero es este miembro quien amenaza con violar esta regla. En ese sentido, se considera que el sistema no crea al síntoma, todo lo contrario el síntoma crea al sistema.

Es por eso que es necesario definir la relación, puesto que al estar bien definida es posible metacomunicar con respecto a las contradicciones, asumir y aceptar una posición complementaria o simétrica (Selvini et al. 1998).

Los principios que guían el trabajo desde este modelo son: la neutralidad, la hipotetización y la circularidad.

La neutralidad, entendida como “la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta” (Cecchin, 1989, p. 10). Implica explorar, indagar, escuchar puntos de vista y percepciones alternas. Por lo tanto, la curiosidad y la neutralidad favorecen el tránsito de una posición a otra, ya que cuando se acepta una explicación se cierran los caminos para la curiosidad al no haber más que buscar. Mantener la neutralidad implica el constante esfuerzo del terapeuta por evitar que el sistema lo atrape. Ser neutral requiere de no adoptar ni privilegiar una posición, sino varias.

La hipotetización, para Cecchin (1989) se utiliza para mantener una posición curiosa, está más relacionada con la técnica. Trata de ofrecer a las familias nuevos guiones con respecto a los que ellos traen a terapia, con la intención de que esos guiones cambien. Las hipótesis deben incluir

a todos los componentes de la familia y deben ofrecer un supuesto en torno a la función relacional total (Selvini - Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

La circularidad es una postura basada en la curiosidad, que permite desarrollar hipótesis y mantener la neutralidad. Para Selvini - Palazzoli et al (1980) la circularidad es la conciencia de ser capaces de obtener información, entendiendo a la información como diferencia, comprendiendo que la diferencia puede generar un cambio en la relación. Es un interrogatorio que da voz a todos los miembros del sistema significativo y permite crear curiosidad dentro de los sistemas familiares y terapéuticos, facilitan identificar relaciones y patrones en lugar de hechos y verdades (Cecchin, 1989).

Una herramienta importante son las prescripciones, dado que marcan al contexto terapéutico como tal, aún más provocan una reacción que ejemplifica la disponibilidad y motivación para el tratamiento, delimitan un campo de observación y permiten estructurar y ordenar la siguiente sesión (Selvini et al.1998).

Otra forma de intervenir requiere trasladar la etiqueta de enfermo que carga el paciente designado a uno o más miembros de la familia que son considerados sanos, puesto que se considera que el paciente designado es el único que tuvo la capacidad de identificar que uno o varios de los demás miembros de la familia están en peores condiciones que él, razón por la cual decide sacrificarse para distraer la atención hacia él, protegiendo a los demás miembros. Esta táctica pretende cuestionar la homeostasis del sistema que piensa que una familia “sana” tiene un miembro “loco”, al poner a la familia ante el dilema de que son todos locos en la familia o nadie es loco, resolviendo que nadie es loco, solo era un juego loco que mantenía al sistema familiar (Selvini et al, 1998).

Otra estrategia de este modelo es aceptar la mejoría sin objeción, aun cuando no haya una justificación para dicho cambio. Se cree que es una maniobra del sistema familiar para evitar que el terapeuta hurgue en algún área que ponga en riesgo el juego familiar. Después de aceptar la mejoría, el terapeuta propone concluir con el proceso terapéutico sin emitir ningún comentario acerca de la mejoría, con lo que asume el control de la situación; sin embargo, se le recuerda a la familia que se había acordado cierto número de sesiones, de ahí que si la mejoría no es consistente pueden hacer uso de las sesiones que no se han utilizado (Selvini et al 1998).

Una maniobra parecida implica que el terapeuta declare su impotencia para trabajar con el sistema familiar, lo anterior puede ocurrir cuando el terapeuta ha entrado en el juego de la familia al esforzarse para generar el cambio mientras la familia se esfuerza para mantenerse igual. Para manifestar su incapacidad, el terapeuta lo hará con un lenguaje digital y analógico que corresponda con el de quien se siente incapaz de prestar la ayuda solicitada. En esta maniobra subyace la idea de que por el temor de perder al contrincante la familia se esforzara por mantenerlo en el juego hasta llegar a proponer que quizá es culpa de ellos y no del terapeuta. Con esta intervención se concluye el juego en el que el terapeuta estaba participando, mientras que se evita que la familia identifique al terapeuta como partidario del cambio y hostil hacia ella (Selvini et al. 1998).

Cabe mencionar que las intervenciones no buscan un resultado en específico, puesto que se considera que no se debe presentar una interacción instructiva sino sólo una perturbación del sistema, en ese sentido las intervenciones buscan llevar a las familias hacia resultados inciertos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

En su libro paradoja y contraparadoja, Selvini et al. (1998) plantearon el uso de la connotación positiva de los comportamientos sintomáticos disfuncionales con el objetivo de eliminar las pautas rígidas. Connotar positivamente implica argumentar que todos los

comportamientos relacionados con el síntoma están organizados por el deseo común de mantener la unión del grupo familiar; lo anterior favorece no tomar partido, ni establecer alianzas, sino situar a los miembros de la familia en un mismo nivel.

La connotación positiva ayuda a los terapeutas a definir la relación entre los miembros de la familia como complementaria para mantener la homeostasis del sistema familiar, sin dar pie a ser descalificado. Al mismo tiempo, definen la relación familia-terapeutas como complementaria, asumiendo el liderazgo en esta relación. Por estas razones, la connotación positiva abre el camino para la intervención paradójica, puesto que sería incongruente prescribir algo que antes ha sido criticado. Es decir, en un primer momento se connota positivamente el síntoma de manera que se considere como algo que la familia requiere para seguir funcionando, a pesar del sacrificio y los problemas que el síntoma genere. En un segundo momento, se prescribe una paradoja a la familia de modo que se le solicita sigan haciendo lo mismo porque es lo necesario para ellos (Selvini et al., 1998).

Otra propuesta desarrollada en este modelo es la prescripción de rituales familiares. Tienen como objetivo derribar mitos que pudieron haberse construido en varias generaciones. El mito es construido por el sistema familiar para mantener la homeostasis, al definir los roles y los atributos de los miembros en sus interacciones, no importa cuáles sean, son aceptados por cada uno de los miembros sin desafiar, aun cuando alguien dude o se niegue. Estos mitos se ponen en marcha cuando los sistemas familiares, aparentemente, corren el riesgo de fracturarse o de entrar en caos. Forman parte de la realidad de los miembros de la familia, de su historia y si se mantienen harán parte de las nuevas generaciones (Selvini et al., 1998).

De acuerdo con Selvini et al. (1998) un ritual familiar implica una acción o una serie de acciones en las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Implementar un ritual

necesita de un esfuerzo de observación y creatividad. Todo ritual debe ser establecido de manera minuciosa y precisa por los terapeutas, tratando de evitar los comentarios, las explicaciones y la crítica para centrarse en establecer un juego familiar con normas diferentes a las anteriores. Por todas esas razones, un ritual familiar es exclusivo de ese sistema y no necesariamente este ritual tendrá la misma eficacia con otra familia.

Dentro de la prescripción de rituales se pueden integrar lo que Boscolo y Cecchin (s.f; citados en Boscolo et al., 1987) plantean como días pares e impares: en los primeros se prescribe una directiva, mientras que en los segundos se prescribe una directiva completamente opuesta a la primera, considerando válidas las dos opciones.

La terapia se ha ido transformando desde los primeros momentos del grupo de Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata en los setentas hasta llegar a la integración de nuevas perspectivas relacionadas con la importancia de las narrativas y el lenguaje. Por su parte, Boscolo y Bertrando (2005) mencionan que la terapia sistémica no es un proceso rígido de preguntas y respuestas a las que les sigue una prescripción o un ritual.

Boscolo y Cecchin en 1977 iniciaron un curso de formación en terapia familiar sistémica y se vieron influenciados por Humberto Maturana, Heinz Von Foerster y Ernest Von Glasersfeld, quienes están de acuerdo con la idea de que el observador es parte del sistema observado. Retoman la idea de Maturana y Varela, los cuales plantean que la realidad surge a partir del consenso a través del lenguaje.

Con estas nuevas ideas, el grupo evoluciona para formular hipótesis sobre el sistema significativo que se relaciona con el problema presentado por la familia. Este sistema significativo comprende a los miembros de la familia nuclear, extendida, escuela, trabajo y profesionales que hayan estado en contacto con el paciente identificado (Boscolo et al., 1987). El sistema familiar



ya no es sólo el centro del trabajo. Se enfatiza el proceso terapéutico por encima de la intervención final. Se comprende que las evaluaciones que se hacen a un sistema familiar son hechas por un observador que hace parte del sistema significativo, por lo tanto es necesario poner atención a las teorías, ideas y prejuicios de este observador; con base en estas ideas se comprende que todo lo realizado por el terapeuta es una intervención. Se puede construir una hipótesis más compleja al tomar en cuenta al sistema significativo.

En la propuesta desarrollada por el grupo formado por Cecchin y Boscolo, al que denominaron asociados de Milán, se menciona que la intervención debe estar basada tanto en técnicas específicas como en una posición teórica; en este caso, influyen la cibernética de segundo orden y la autonomía estructural de los sistemas vivos propuesta por Maturana. Se considera que el trabajo de este grupo es más cercano al constructivismo que al modelo estratégico desarrollado en sus primeros años (Boscolo et al., 1987).

La principal técnica de este modelo son las preguntas, puesto que dan pie a que el otro asigne el significado de lo que se dice, dejando de lado las interpretaciones o afirmaciones que pueda hacer el terapeuta. De los tipos de preguntas con los que se cuenta, es la pregunta circular la de mayor importancia para el trabajo desde este modelo. Las preguntas circulares según Boscolo et al. (1987) “abarcan una serie de cadenas de realimentación mutuamente causales, de modo que se engendran circuitos de trazado complejo y no lineal” (p. 28). Con estas preguntas, el terapeuta construye un mapa de la familia a partir de las conexiones que se van tejiendo al tiempo que es posible obtener mayor información acerca de las interacciones en lugar de solo datos de la familia (Boscolo y Bertrando, 2005).

La información que se recopila es recursiva para el sistema porque “a través de estas preguntas, escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la

información que ofrece el otro” (Boscolo y Bertrando, 2005, p. 234). Este tipo de preguntas permiten comprender diferencias y generar nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos.

Otros tipos de preguntas que resultan útiles son: las preguntas triádicas, preguntas para conocer cambios en las conductas antes o después de una situación, preguntas hipotéticas dirigidas al pasado y al presente, preguntas para establecer una escala, preguntas orientadas al futuro.

De acuerdo con Boscolo et al. (1987) el modelo de Milán se ha ido transformando: en los primeros momentos se utilizaba la prescripción del síntoma, posteriormente se consideró que se debía poner a todas las conductas relacionadas con el problema al servicio de un mito familiar, es decir, los problemas son necesarios. Ahora la propuesta es una connotación lógica acerca del problema en relación a la familia, en otras palabras, el problema no es útil ni necesario, sino las personas se han acostumbrado a él, lo que complica que dejen esos hábitos; además, se le comenta al sistema familiar que esto es comprensible. Las paradojas son cada vez menos requeridas y se emplea cada vez más la técnica de días pares e impares. No hay objetivos, en su lugar se esperan resultados imprevisibles.

En la década de los noventa Cecchin, Lane y Ray (2002) en su libro *Irreverencia*, proponen una aproximación ética y estética, sin estar atada a una sola perspectiva teórica, manteniéndose actualizada y conociendo las diferentes teorías que permiten el trabajo terapéutico. Esto permite a los terapeutas tener alternativas para continuar con la terapia cuando la duda se haga presente. Lo anterior no es una invitación al eclecticismo ni a la idea de que en la terapia todo vale, sino una invitación a que el terapeuta investigue a fondo diversas teorías, pero que sea experto en un modelo de base, teniendo la flexibilidad de poder integrar otros modelos a su ejercicio. El terapeuta debe reflexionar con respecto a sus actitudes, sus ideas y su forma de aproximarse al otro en el proceso

de intervención, además de asumir las consecuencias de sus acciones, lo cual implica una postura ética y terapéutica frente al usuario.

La irreverencia consiste en interactuar en varios niveles lógicos, moverse indistintamente de la acción, a la reflexión, de lo directivo al diálogo. Consiste en cuestionar las certezas, en buscar varias descripciones posibles. Cada vez que surge una certidumbre, esta debe ser cuestionada. Al terapeuta no le interesa saber qué ha producido el cambio, sino el cambio mismo. Para Cecchin et al. (2002) ser irreverente es una postura que asume el terapeuta para alejarse de la ilusión de control. Esta irreverencia le permite plantear ideas que desde otras perspectivas teóricas podrían asumirse como contradictorias. El terapeuta irreverente promueve la incertidumbre, favorece la generación de alternativas, nuevas ideas y significados que permitan a la familia alejarse y debilitar los patrones y relatos que les problematizan e impiden el cambio.

Los grupos de Milán han sido de los más influyentes para el desarrollo y la evolución de los tratamientos psicológicos. De hecho, han vivido en carne propia dichas transformaciones al iniciar desde una intención investigativa para confirmar hipótesis, pasando por el trabajo con la esquizofrenia y problemas alimenticios, en los que plasmaban sus ideas con respecto a los juegos psicóticos, la función del síntoma y las paradojas como dispositivos de intervención, planteando la importancia de la curiosidad y lo fundamental de las preguntas. Sus aportes han sido fundamentales para ir centrando la terapia en el lenguaje y las conversaciones.

### **2.2.5. Terapia breve centrada en soluciones.**

La terapia breve centrada en soluciones recupera algunas aportaciones de Milton Erickson, basadas en la idea de emplear lo que el cliente lleva a terapia para trabajar en pro de satisfacer sus necesidades y alcanzar el objetivo que se plantee (De Shazer, 1991). El modelo surgió en la década de los años setenta, en Milwaukee, con los trabajos de Steve de Shazer, Eve Lipchik, Insoo Kim

Berg, Jim Derks, Elam Nunnally y Marilyn LaCourt. Ellos ofrecían servicios de atención psicológica de manera gratuita y proponían alternativas terapéuticas con la intención de contestar la pregunta: ¿qué es lo que funciona en la terapia breve?, retomando la experiencia de Steve de Shazer quien había sido parte del M.R.I., lugar en el que se había desarrollado la terapia breve (Beyebach, 2014).

Para 1978 crearon el Brief Family Therapy Center, en donde seguían dando terapia, pero, además, observaban los videos para tratar de identificar qué era lo que funcionaba, por lo que se considera que es un modelo basado en la evidencia. A partir de las observaciones centraron su atención en las soluciones en lugar de los problemas.

Por su parte, Cade y O'Hanlon (1995) refieren que este modelo surge a partir de la crítica y la preocupación de los terapeutas por el empleo de técnicas como las paradojas por considerarlas encubiertas, manipuladoras y engañosas. De la misma manera, se pone en tela de juicio el abuso de la posición de poder y control del terapeuta, quien en ocasiones define los objetivos y los resultados de la terapia por encima del cliente.

Para O'Hanlon y Weiner (1990) la terapia breve centrada en soluciones “implica intentos deliberados por producir un cambio de punto de vista y/o de acción que lleve a la solución” (p. 21). Tiene una orientación al futuro, no interesa el problema sino la forma en que se resolverá. Se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, retoma las ideas de Jay Haley al tratar a las personas como normales no como enfermas, pero sobre todo la ideas de Erickson quien creía que la terapia debe ser ajustada a los estilos y la idiosincrasia de cada cliente, asimismo consideraba que los clientes contaban con los recursos necesarios para lograr los cambios que requerían hacer.

Para este modelo no existe la resistencia, al contrario se considera que los clientes quieren cambiar, se piensa que cada cliente tiene su forma de cooperar y es labor del terapeuta identificarla y utilizarla.

De acuerdo con Beyebach (2014), la terapia breve centrada en soluciones tiene como base las ideas construccionistas y constructivistas, puesto que la realidad se construye a partir de las condiciones biológicas, históricas y culturales; sin embargo, esta realidad se transforma una y otra vez a través de las relaciones humanas. Por ello, no hay una visión normativa acerca de las personas, las parejas o familias; en su lugar, hay comprensión a la diversidad de acuerdos, organizaciones, estructuras y valores que pueden tener los clientes.

De Shazer (1994; citado en Beyebach, 2014) propone no interpretar las relaciones o interacciones humanas, en cambio se limita a la descripción que ofrece el cliente acerca de estas interacciones. Es a partir de esa idea que se pone en tela de juicio la función del síntoma y se rechaza el concepto de resistencia familiar.

Para el terapeuta, el problema es el problema y no otra cosa; surge porque alguien está atravesando por alguna situación que le representa dificultades y no ha podido resolverla. Este problema se mantiene porque la persona centra su atención en él y en sus intentos por resolverlo, lo que obstaculiza que pueda identificar otros momentos en los cuales el problema no se presenta o se presenta con una menor intensidad. Estas situaciones son denominadas excepciones. En ese sentido el problema y la solución no necesariamente están relacionados.

El objetivo de la terapia es que los clientes puedan identificar las excepciones y llevarlas a la acción hasta que el problema se solucione, de esta manera la terapia ya no es un proceso para resolver problemas, sino un proceso para identificar y poner en marcha soluciones (Beyebach, 2014).

Para que la persona pueda identificar el cambio es necesario que sea percibido también por quienes hacen parte del contexto del cliente. Al percibir este cambio las personas alrededor del cliente podrán generar nuevas pautas de interacción. De ahí surge la importancia de invitar a la terapia a todo aquél que pueda estar motivado y colabore para que el cambio se produzca. En el proceso la voz importante es la del cliente: se priorizan, reconocen y elogian sus recursos y capacidades, el terapeuta ya no es un guía, ni un estratega, de hecho, el experto ahora es el cliente, por lo que el terapeuta no tiene la necesidad de realizar maniobras encubiertas. El terapeuta es experto pero en conversar con los clientes para localizar aquello que ya están haciendo para avanzar y en conjunto descubren cómo es que esto se está realizando y se les invita a continuar con lo mismo (Beyebach, 2014). El rol del terapeuta es el de un observador, su función es trabajar con los clientes en la búsqueda de conductas e interacciones que sean más funcionales, en lugar de quedarse quieto a escuchar e interpretar (Sullivan, 1953; citado en Lipchik, 2004).

Las premisas del modelo, de acuerdo con O'Hanlon y Weiner (1990) son: confiar en que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas; además de concebir al cambio como algo constante e inevitable, es función del terapeuta identificarlo y ampliarlo; un pequeño cambio en una parte del sistema puede producir cambios en todo el sistema; los cambios pueden darse de manera rápida; no es necesario profundizar demasiado sobre la queja para resolverla y tampoco es imprescindible conocer la causa del problema; los clientes deben definir los objetivos de la terapia; es importante centrar los esfuerzos en objetivos posibles; hay que reconocer que existen diferentes puntos de vista acerca de los hechos y todos pueden ser igual de válidos. Estas premisas ayudan al terapeuta a poner su atención en los recursos y las posibilidades de los clientes.

Aparte de las anteriores premisas, Lipchik (2004) plantea los siguientes supuestos: cada cliente es único, la resistencia no existe (Beyebach, 2014; Cade y O'Hanlon, 1995; De Shazer,

1991; O'Hanlon y Weiner, 1990) el terapeuta no puede cambiar a los clientes, solo ellos pueden cambiar si ellos así lo quieren, la terapia breve centrada en soluciones es un proceso que se toma su tiempo, no hay una linealidad de causa y efecto, las soluciones y los problemas no necesariamente tienen relación, las emociones forman parte de los problemas y las soluciones, no es posible cambiar el pasado por lo que es necesario centrar los esfuerzos en el futuro. Estos supuestos guían las acciones del terapeuta hacia los clientes.

Entre las funciones del terapeuta centrado en soluciones O'Hanlon y Weiner (1990) están: modificar la idea de que hay un problema, abrir como posibilidad un problema resoluble, situar a los clientes desde una perspectiva que les permita identificar que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema. Igualmente, es necesario adaptarse al lenguaje del cliente para poder encauzarlo hacia las posibilidades y no hacia la queja.

En la postura del terapeuta centrado en soluciones se concatena una posición de conocedor de teorías y técnicas con una postura de no saber. Como lo plantea Anderson (1997, citada en Lipchik, 2004) es preciso mantenerse curioso, con un genuino interés en escuchar al cliente por encima de expresar sus propias preocupaciones o conocimientos, debe abstenerse de ejercer un control sobre el cliente al no influirlo ni aconsejarlo. Es necesaria una actitud comprensiva, sin antagonismos, ni críticas, para mantener un clima de confianza en la relación terapéutica.

Un elemento fundamental para la terapia breve centrada en soluciones son las excepciones. Su importancia radica en que si las personas quieren experimentar éxitos, felicidad y menos estrés, es importante que ellos puedan identificar lo que hacen diferente en los momentos y situaciones en las que se sienten felices, exitosos y sin estrés. Esos momentos de excepción, en los que el problema no se presenta, pueden ofrecer suficiente información para resolver los problemas.

Las preguntas sobre excepciones, según O'Hanlon y Weiner (1990) incitan a los clientes a buscar soluciones en el pasado y presente, incluyendo esas situaciones en las que no han tenido problemas pero que han esperado tenerlos; al identificar estas soluciones puede ocurrir que los clientes las retomen y se encaminen hacia un futuro esperanzador.

Por su parte, Beyebach (1999) plantea una serie de cinco pasos para trabajar con las excepciones: elicitación, marcar, ampliar la excepción, atribuir el control al cliente y continuar en la búsqueda de excepciones. Una vez que se trabajaron las excepciones es necesario normalizar y despatologizar tanto a las situaciones problemáticas como a las personas que se encuentran inmersas en el problema. Esta normalización tiene un efecto que alivia y tranquiliza a los clientes porque es un experto el que los manda, haciendo notar que el problema no es tan malo o trágico como parece (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Además de la secuencia de excepciones, el terapeuta puede utilizar como estrategia las preguntas orientadas a futuro, las cuales se formulan cuando no fue posible para los clientes identificar excepciones, ni tampoco se pudieron visualizar soluciones presentes o pasadas que puedan ser de utilidad. En estas preguntas se pide a los clientes que se imaginen en un futuro sin el problema y deben describir cómo es (O'Hanlon y Weiner, 1990). Siguiendo esa misma lógica, puede ser de utilidad una secuencia del milagro o una técnica de bola de cristal. Otro tipo de preguntas que sirven para trabajar desde este modelo son las preguntas presuposicionales y las preguntas de escala (Cade y O'Hanlon, 1995).

La secuencia del milagro también puede ser conocida como pregunta del milagro, aunque siempre consiste en un grupo de preguntas. Cade y O'Hanlon (1995) afirman que esta secuencia resulta eficaz para ayudar a las personas para que puedan visualizar una solución potencial y dejen de centrar su atención en los problemas.



Una vez que se intentó abordar las excepciones sin conseguirlo y se recurrió a las técnicas orientadas a futuro y tampoco se logró un cambio, será necesario optar por una secuencia de preguntas sobre el problema. En otro caso habrá que adoptar una visión pesimista. La secuencia pesimista es útil cuando se complica que los clientes tengan una visión esperanzadora. En esta estrategia se formulan una serie de preguntas que lleven a la persona a visualizar el peor de los panoramas del problema.

Una parte esencial de la terapia es la pausa, en la que se conversa con el equipo para compartir ideas en torno a la dirección de la terapia. Esta pausa permite a los terapeutas subrayar algunos comentarios surgidos en la sesión o dejar a los clientes con ideas nuevas antes de que se vayan. El mensaje que se elaboró es de gran importancia, en él se resumen las cosas que se han hecho bien, se elogian, se normaliza el problema y se ofrecen nuevos marcos de referencia, para finalizar con una prescripción (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Debido a que la terapia no es un proceso exclusivo del consultorio, sino un trabajo que las personas deben llevar a su contexto, es preciso que el terapeuta diseñe intervenciones para que la familia lleve a cabo fuera del consultorio.

Entre las intervenciones que se utilizan se encuentran las de fórmula, con las cuales se puede iniciar un cambio sin la necesidad de una comprensión detallada del problema. La tarea de fórmula de la primera sesión tiene como objetivo cambiar el foco del cliente, llevándolo de los acontecimientos pasados a sucesos presentes y futuros; de manera implícita se promueven expectativas de cambio (Cade y O'Hanlon, 1995). Con este mensaje se sugiere que tanto terapeuta como cliente tienen expectativas de que van a ocurrir cosas que valen la pena que sigan ocurriendo, puesto que esas cosas ya están ocurriendo. Esta tarea está diseñada para guiar al cliente hacia el futuro y crear expectativas.

De acuerdo con O'Hanlon y Weiner (1990) una forma directa de intervenir en el contexto de la queja que traen los clientes es alterar el patrón de la queja y del contexto. En estas intervenciones sobre patrones pueden implementarse cambios en la frecuencia, en el tiempo, el lugar, de la situación que genera la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia de elementos o eventos en dicho patrón, descomponerlo en piezas o elementos más pequeños, o unir la situación que genera la queja a alguna actividad incomoda o gravosa.

Con la terapia breve centrada en soluciones se da un puente entre las terapias directivas y estratégicas en las que el experto es el terapeuta para poner al centro los recursos y las fortalezas de los clientes, haciéndolos partícipes y responsables de su cambio. Se plantea una evolución de la terapia hacia un trato horizontal, transparente y generativo.

#### **2.2.6. Terapia narrativa.**

La terapia narrativa es una propuesta que surge en la década de los años ochenta, como parte de las reflexiones post-estructuralistas y socio-construccionistas, a partir de los trabajos de Michael White en Australia; sus principales influencias son Bateson y Foucault. Por otro lado, David Epston en Nueva Zelanda comienza a adoptar las ideas de White y ambos dan inicio a la externalización del problema, lo cual implica separar a la persona de su síntoma o problema a partir de un lenguaje externalizante inserto en una conversación en la que se narran, se deconstruyen y se construyen historias.

Michael White refiere que fue gracias a Bateson como conoció el método interpretativo, entendido como el estudio de los procesos a través de los cuales las personas comprenden el mundo. En concordancia con el construccionismo social, se considera que no es posible que las personas puedan conocer la realidad objetiva, ya que siempre está presente la interpretación de cualquier suceso. Cualquier comprensión depende del contexto y de quien la realiza puesto que

todas las personas cuentan con ciertas premisas y concepciones que trazan los mapas a través de los cuales se mueven en el mundo (White y Epston, 1993).

Para White y Epston (1993) el método interpretativo permite evitar que se piense que los problemas de las familias se dan por su estructura, ni que estos sistemas se organizan a partir de los síntomas. En su lugar se propone que el significado que las personas dan a la experiencia es lo que genera sus acciones.

De acuerdo con Gergen y Gergen (2011) las vidas de las personas pueden comprenderse como historias en la que el rol principal lo ejercen ellas mismas. Bajo esta idea es que se puede considerar que los problemas o dificultades de las personas solo se pueden encontrar en una de las varias historias que tienen por contar acerca de ellos mismos. Siguiendo esa lógica al renarrar, puede ser posible que esos problemas se transformen en algo diferente o se abran posibilidades que antes no eran tomadas en cuenta.

Otro de los aportes del trabajo de Michael White y David Epston es su interés en los factores sociopolíticos que llegan a problematizar a las personas a partir de los discursos y las normas, que remarcan ideas con las que estas personas se sienten disfuncionales o que no se creen pertenecientes ni integrados a la sociedad (Gergen y Gergen, 2011).

White y Epston (1993) plantean que la terapia narrativa ayuda a disminuir los conflictos personales que giran en torno a responsabilizar a una sola persona del problema, permite hacer frente a las emociones que presentan muchas personas ante la permanencia del problema a pesar de sus intentos por resolverlo, favorece la cooperación de las personas para luchar contra el problema y genera nuevas opciones para que las personas actúen y se alejen de la influencia del problema.

La terapia narrativa sirve para que las personas enfrenten a los problemas de manera eficaz y sin tanta tensión. Brinda la oportunidad de dialogar en lugar de seguir con un monólogo acerca del problema (White y Epston, 1993).

Una de las herramientas de las que se hace uso en la terapia narrativa es el lenguaje externalizador o externalizante que se refiere a una manera de hablar en la que el terapeuta no asevera que una persona “sea de tal o cual manera”, sino que se comporta de manera diferente bajo ciertas condiciones. Este lenguaje se aleja de las etiquetas que se asignan a las personas y que, al mismo tiempo, las limitan. Se cuestiona al yo como algo determinado, finito, estático, permanente; en su lugar se genera una apertura a los procesos de construcción identitaria.

También resulta de utilidad el lenguaje metafórico, como lo menciona Payne (2002) al plantear a la terapia como una metáfora literaria, en la cual se ponen en juego los relatos que llevan los clientes a terapia. Al conversar acerca de esos relatos, tanto el terapeuta como los clientes pueden generar nuevas historias, significados, interpretaciones y experiencias novedosas.

Por otro lado, se puede recurrir a la metáfora antropológica, relacionando la terapia con un rito de paso que consiste en tres etapas. La primera etapa es la separación, esto ocurre cuando la persona puede separarse de aquellas percepciones que han imperado en su vida, definido su identidad y limitado su actuar. La segunda etapa es de transición puesto que se está finalizando la separación mientras se construyen alternativas para el cambio. La tercera etapa es la reincorporación, en la que la persona comparte con alguien significativo todas las alternativas que se construyeron para que se puedan reconocer y remarcar mientras se escuchan sus opiniones (Payne 2002).

Un principio elemental para el abordaje narrativo es considerar que ni las personas o las relaciones son el problema, sino el problema es el problema. Para White (2004) las personas asisten

a terapia cuando las narraciones que ofrece u ofrecen otros en relación con su experiencia no la representan. En el momento que esto ocurre es necesario considerar que siempre habrá narraciones alternativas que contradicen aquellas narraciones dominantes. De ahí surge la importancia de identificar todos los acontecimientos extraordinarios, es decir, aquellos eventos que por la saturación de los problemas se ven ensombrecidos; sin embargo, cuando se pueden narrar y significar como extraordinarios permiten contradecir los relatos dominantes que favorecen al problema. Estos eventos hacen parte de las narrativas emergentes que traen consigo nuevos significados que antes no era posible vislumbrar, lo cual da pie a narrarse desde nuevas versiones más generativas.

Para abordar las narraciones extraordinarias es necesario realizar preguntas que alienten a las personas a reflexionar en torno a los acontecimientos extraordinarios, preguntas que les lleven a pensar qué indican estos nuevos datos acerca de sus atributos y cualidades y de sus relaciones.

La estrategia más relevante de la terapia narrativa es la externalización del problema que, de acuerdo con White y Epston (1993) invita a que las personas cosifiquen e incluso personifiquen el o los problemas que presentan. Lo anterior permite que el problema se comprenda como algo ajeno a la persona o a la relación, es un proceso para eliminar aquellas etiquetas o características con las que se les ha definido a partir del problema. Externalizar el problema posibilita comprender que las dificultades son algo que afecta a las personas, no algo que las caracteriza.

La externalización del problema busca entender el problema como un elemento externo a la persona, ayudando a que se visualice de esa manera; por lo general, se recurre a metáforas que permitan establecer esta separación entre la persona y el problema; es fundamental recuperar y dar valor a la experiencia de la persona.

Esta estrategia insta a las personas a cosificar los problemas que las oprimen, en lugar de mantenerse bajo el peso de los relatos dominantes, deconstruyendo las descripciones saturadas del problema. Permite que las personas puedan describirse y a sus relaciones desde una nueva perspectiva, dando paso a una historia alternativa alejada del problema.

Para el trabajo con la externalización del problema, White y Epston (1993) proponen utilizar preguntas de influencia relativa que se componen de dos conjuntos. El primero trata de identificar la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones; sirve para que las personas puedan separarse del problema y revisen su relación con él. El segundo exhorta a describir su propia influencia sobre el problema; esto es importante porque ayuda a que las personas identifiquen su responsabilidad, competencia y sus recursos ante la adversidad. Después de identificar dichas influencias, es necesario hacer preguntas que ayuden a construir significados alternos en torno a estos hechos, de forma que puedan re-escribir sus vidas y relaciones.

Para llevar a cabo la externalización del problema es necesaria una serie de pasos: inicialmente se desempaca el problema, consiste en la conversación que se tiene entre el consultante y el terapeuta en la que se puede ubicar al problema y su relación con la historia de la persona, poniendo atención en aquellas creencias culturales y sociales que limitaron a la persona para solo ver esa parte de su historia.

Una vez que se ha desempacado el problema es tiempo de bautizarlo; con esto la persona puede recuperar o tener el control sobre el problema. Es útil para normalizar la situación y retirarle la etiqueta de incontrolable, eliminando las culpas que pudieron surgir en la persona o que se les asignaron a otros. Se debe mantener el lenguaje de la persona y ser fiel a lo que para ella tenga sentido; en caso de que resulte complicado para la persona bautizar el problema, el terapeuta puede sugerir ideas sin imponer ninguna. Es necesario mencionar que no se refiere a un nombre

cualquiera, sino a uno que sea significativo para la persona, siempre con un lenguaje externalizante; puede ser relacionado con una metáfora, sin importar lo absurda que pueda ser. Este nombre puede cambiar conforme avanza la terapia o cuando deje de tener sentido para el cliente.

Para facilitar la definición del problema se requiere de preguntas de influencia relativa. Cuando los clientes ofrecen una definición muy concreta del problema, es útil ayudar a la construcción de una definición más general. Al mismo tiempo, es necesario evitar definiciones de expertos para dar lugar a definiciones populares. Es indispensable trabajar con los clientes para que se formulen definiciones alternativas de los problemas que sean más relevantes y acordes a su experiencia, para que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas.

Payne (2002) considera que la conversación con las personas puede ser una novedosa co-creación de relatos que amplían las historias de vida. Los relatos dependen de la memoria, el tiempo y el contexto y al contarse pueden sobrar o faltar detalles que los transforman. En ese sentido, una autobiografía es más un mapa de las vivencias que una representación exacta. Todas las personas tienen múltiples historias que contar acerca de sí o que han contado otros, son las que les dan sentido, no obstante también pueden oprimirlas y limitarlas. En la terapia narrativa se co-escribe una nueva historia y a partir de estas nuevas versiones es como se construye una nueva realidad. Para conseguir esto es necesario generar conversaciones que amplíen los relatos, se debe mantener un interés por conocer todo lo que abarca el problema y todo lo que escapa de él.

Al igual que en otros modelos terapéuticos, las preguntas son la principal herramienta del terapeuta narrativo. Al preguntar acerca de algunos eventos extraordinarios en la vida de una persona, el terapeuta puede favorecer que surjan nuevas comprensiones del consultante en relación a su experiencia.

Para formular preguntas es necesario que sean lo más transparente posible, lo cual implica que de ser necesario se explique la razón de esa pregunta. Antes de plantearlas, es preciso asegurarse de que la persona acepta conversar acerca del tema, dando a conocer que tiene la libertad de contestarlas o no. Por otro lado, se deben evitar preguntas capciosas o que tengan intenciones disfrazadas. Las preguntas deben ser exploratorias, respetuosas, en contexto, y deben partir de un genuino interés en lo que las personas tienen para contar acerca de ellas, de su experiencia y sus significados (Payne 2002).

White (2004) propone que, al preguntar, se ayuda a las personas a situarse desde una perspectiva más cercana a su experiencia, pueden inducir diferencias y facilitan la construcción de un relato de las personas. Las preguntas deben plantearse en un tono amistoso, exploratorio, paciente y modesto, bajo un proceso de comunicación espontáneo de carácter informal.

Al igual que en otros modelos se puede recurrir a diferentes tipos de preguntas como las circulares, estratégicas, lineales, reflexivas. En ese aspecto un aporte fundamental del trabajo de Michael White (2004) son las series de preguntas que se pueden utilizar para deconstruir narrativas: las preguntas de panorama de la acción, de panorama de la conciencia y las preguntas acerca de la experiencia de la experiencia, además de preguntas de desenlaces inesperados en el pasado, presente y futuro posible.

También se formulan preguntas para deconstruir tanto las prácticas de poder como las prácticas discursivas de conocimiento. Con estas preguntas, los terapeutas pueden desmentir la idea de que tiene un conocimiento privilegiado, animando a las personas a participar en la búsqueda de una forma de entender (White 2004).

El proceso de deconstrucción comprende aquellas conversaciones que cuestionan aquellas prácticas y realidades que se dan por hechas, “verdades” que solo caben en los contextos donde



surgieron y tienen cabida, son formas de interacción que se mueven a partir de prejuicios y presupuestos, prácticas que subyugan y limitan la vida de las personas. A través de estas conversaciones se puede llegar a comprender el grado en el que ciertas formas de ser y pensar dan forma a la existencia, abriendo la posibilidad de elegir entre diversas formas de ser y de pensar. El trabajo del terapeuta implica ayudar a las personas a optar por posturas críticas ante los conocimientos y discursos de poder.

Dentro de la conversación, se puede recurrir a tres tipos de mapas: el del panorama de la acción y la conciencia, los mapas de los tiempos pasado, presente y futuro y los mapeos de eventos extraordinarios y la influencia de los problemas. Dichos mapas permiten vislumbrar los elementos necesarios para emplear en una conversación y que ayudan a la renarración de historias o a engrosar historias alternas.

El mapa de panorama de la acción permite conversar acerca de las conductas, secuencias, cronología de los hechos y de las personas que estuvieron o no involucradas con el problema. Mientras que el mapa de panorama de conciencia favorece la conversación acerca de las explicaciones, valoraciones, creencias, intenciones, sueños que se vinculan con el problema.

Por su parte, el mapa de tiempo pasado presente y futuro permite hablar de estos tres momentos en relación a un tema, circunstancia o evento. La conversación puede girar en torno a lo que ocurría en esa determinada situación en el pasado, regresar a lo que sucede ahora en el presente y de lo que pasaría en el futuro de seguir así o de existir cierto cambio. Una gran riqueza de este mapa es que se puede conjuntar con todos los otros mapas, lo que permite ampliar y enriquecer la historia.

Otros mapas importantes son aquellos que sirven para conversar acerca del problema y de los eventos extraordinarios. En ambos casos, la conversación puede tener la misma estructura, es

decir, en un primer momento se trata identificar el problema o algún evento extraordinario. Después se busca conocer cuáles son los efectos, a quiénes afectan, de qué manera y cuál es la influencia de la persona y personas involucradas en ambas situaciones. Lo siguiente es identificar cuál es la evaluación que se tiene de ambos casos. El último paso consiste en conocer la posible justificación o explicación que se tiene de ambas situaciones.

Cabe mencionar que la conversación no tiene un carácter rígido, ya que se puede ir de un tema a otro, regresar si se considera necesario o mantenerse en un tema el tiempo que se crea suficiente.

Otra táctica de la terapia narrativa es la guía relacional, una variante de la externalización del problema, la cual se trabaja a partir de las preguntas de influencia relativa. Esta guía consta de dos aspectos: el primero se relaciona con identificar al problema, sus efectos, algunos factores que favorezcan su permanencia e incluso participen en su crecimiento, utilizando un lenguaje externalizante se le pueden denominar “amigos del problema”. El segundo aspecto consiste en conversar acerca de aquellos eventos extraordinarios, personas, factores que han evitado o disminuido la aparición del problema, por lo que se pueden considerar “enemigos del problema” o “amigos de la persona”.

Entre las estrategias que se han privilegiado en el modelo narrativo se encuentra el uso de documentos terapéuticos, elementos que pueden ayudar a construir nuevos conocimientos y perspectivas que favorezcan el cambio y sirvan para consolidar el trabajo terapéutico (White y Epston, 1993). Por lo general, son documentos escritos, pero también pueden ser elementos visuales u objetos.

Entre los documentos terapéuticos que proponen White y Epston (1993) se encuentran la carta de invitación, de despido, de predicción, de recomendación, reflexiones post-sesión, cartas para pedir ayuda, de contraderivación, de no asistencia, para convocar a un público.

Por otro lado, se pueden utilizar contradocumentos, es decir, documentos alternativos que permiten colocar a las personas en un nuevo estatus dentro de una comunidad o un sistema al ofrecer una nueva definición de ellas. El cliente participa en la elaboración de estos documentos alternativos y observa cómo se ha ido construyendo su propia vida y sus relaciones. De esta manera, los clientes retoman la responsabilidad de inventarse a sí mismos. Dichos contradocumentos pueden ser: certificados, autocertificados y declaraciones (White y Epston 1993).

En resumen, la terapia narrativa ya pertenece a los modelos emergentes del pensamiento postmoderno, los relatos son los focos de la terapia, el trabajo está centrado en la conversación, las principales estrategias están relacionadas con el lenguaje externalizante y las preguntas, se mantiene y se privilegia la transparencia, la curiosidad y la horizontalidad.

Se prioriza una postura crítica, tanto en los terapeutas como en las personas que acuden a terapia, al considerar que esto resulta indispensable para generar comprensiones novedosas que alejen a las personas de aquellas prácticas y discursos que les problematizan.

El lenguaje es un elemento vital para la terapia narrativa pues es a través de él que se construyen y deconstruyen los discursos, se narran y renarran las historias de las personas. Al mismo tiempo, es a través del lenguaje que se da sentido y se entiende el significado de la experiencia, por lo tanto, es a través de él que se pueden construir nuevas historias, cambiar el sentido y el significado de las vivencias y es a través de él que se puede comenzar a construir relatos que abran el panorama hacia un futuro esperanzador en el que el principal escritor de esa

historia es el sujeto, por lo que se le devuelve su responsabilidad en torno al futuro que quiere construir y las historias que quiere contar de sí.

### **2.2.7. Terapia colaborativa.**

Otra de las terapias situadas bajo ideas postmodernas es la terapia colaborativa. Surge a partir de los trabajos en el Houston Galveston Institute y sus principales representantes son Harlene Anderson y Harry Goolishian. En su propuesta plantean que “lo que guía al terapeuta es una gran curiosidad por conocer que dicen los miembros de la familia y como construyen ellos su mundo” (Gergen y Gergen, 2011, p. 58).

Siguiendo a Biever, Bobele, Gardner y Franklin (2005) una terapia postmoderna es un esfuerzo colaborativo entre los terapeutas y quienes asisten con ellos. Lo anterior ocurre cuando el terapeuta muestra interés y curiosidad acerca de las ideas del cliente. Terapeuta y cliente se relacionan en una conversación para explorar en conjunto y da como resultado una serie de sorpresas, incertidumbres y comprensiones novedosas para ambos.

Los terapeutas deben asumir una posición horizontal para disminuir posibles consecuencias negativas de la jerarquía, alejándose de posiciones de expertos en las que las ideas del terapeuta son las que rigen el proceso terapéutico (Anderson 1997).

Al momento de dialogar, las comprensiones del terapeuta pueden ser compartidas con los clientes no como verdades o algo mejor, sino como posibilidades y una forma más de pensar; al compartir las ideas se pretende mantener activa la conversación, el objetivo no es dar respuestas. (Biever et al., 2005).

Anderson y Goolishian (1996) mencionan que esta propuesta terapéutica surge a partir de una postura crítica ante las limitantes de la cibernética y el constructivismo, puesto que consideran que estos modelos “definen a los seres humanos como meras máquinas de procesamiento de

información y no como seres generadores de significado” (p. 46). Mientras que lo colaborativo se acerca a la hermenéutica, al pensar que los significados son construidos entre aquellas personas que conversan. Es decir, la realidad es una construcción social a partir de diálogos, ya que los individuos viven y significan su experiencia a través de múltiples realidades, habitan en el lenguaje.

En una de sus primeras propuestas estos autores (Anderson y Goolishian, 1996; citados en Anderson, 1997) planteaban que existen sistemas que son determinados por los problemas y sistemas que surgen para la disolución de los problemas, entendiendo a los sistemas humanos como sistemas de significado.

Aunado a lo anterior Anderson y Goolishian (1996) formulan las siguientes premisas para la terapia familiar. La primera propone que los terapeutas conciban a las personas como generadores de lenguaje y significado. Para esta propuesta son la comunicación y el discurso los que delimitan los sistemas sociales, no son resultado de su estructura u organización. En tanto que todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos, quienes mejor pueden comprender y hablar acerca de estos son las personas que participan en ellos. En ese sentido, la terapia también es un sistema lingüístico.

La segunda premisa plantea que el significado y la comprensión son construidas socialmente. Solo se puede llegar a ellos a través de un diálogo que posibilite la emergencia de significados en sistemas en los que cobra importancia. La terapia es un sistema donde la comunicación posee una relevancia específica para los diálogos (Anderson y Goolishian 1996).

La tercera premisa implica identificar que todo sistema terapéutico se establece en los diálogos que giran alrededor de algún problema o situación en específico. Es en esos diálogos en los que se intenta construir un significado y un lenguaje que tenga sentido para el sistema y para

disolver el problema. Por lo tanto, en terapia se construye un sistema de organización y disolución del problema (Anderson y Goolishian, 1996).

La cuarta premisa que formulan Anderson y Goolishian (1996) incita a pensar que la terapia es un fenómeno lingüístico que ocurre en una conversación terapéutica, entendida como un intercambio de ideas en el que los nuevos significados apuntan hacia la disolución del problema.

La quinta premisa postula que el rol que ejerce el terapeuta es el de un facilitador y participante de conversaciones terapéuticas, en las cuales se respetan y se intenta comprender las ideas y percepciones del cliente en lo general. John Shotter (1993; citado en Anderson 2005) se refiere a este tipo de conversaciones como “una conversación en la que la gente siente que pertenece” (p. 64).

La sexta premisa refiere que el terapeuta debe manejarse a través de preguntas conversacionales o terapéuticas, desde una posición de no saber, de genuina curiosidad, alejado de preguntas formuladas a partir de una metodología que requiera de respuestas igual de específicas. No es posible formular preguntas que lleven entre líneas o detrás de las líneas un indicio de una posible respuesta adecuada, por el contrario, las preguntas conversacionales abren la posibilidad de que lo no dicho aparezca y cobre importancia, brindan un espacio para la incertidumbre.

De acuerdo con Anderson y Goolishian (1998, 1992; citados en Biever, et al., 2005) las preguntas tienen como objetivo ayudar al terapeuta a comprender la realidad y el mundo del cliente; desde esta perspectiva no se plantean para evaluar, ni para recolectar datos y menos para realizar un diagnóstico. En lo colaborativo el terapeuta debe encontrar la pregunta que siga a la respuesta anterior (Anderson y Goolishian 1996). En ese sentido, lo emergente y la incertidumbre se van integrando al tiempo que van transformando y construyendo nuevos significados y realidades que favorecen el desarrollo de nuevas formas de comportarse en el mundo.

La séptima premisa implica entender que los problemas solo existen en el lenguaje y tienen sentido en un contexto del que procede su significado. En este caso, son los significados de su experiencia, la historia y las narrativas los que limitan a las personas y obstaculizan su toma de decisiones y su actuar cuando se encuentran ante un dilema. En virtud de ello los problemas tampoco son estáticos ni permanentes, sino una de las múltiples historias que se puede contar acerca de si mismo, su experiencia y su significado (Anderson 1997).

La octava premisa se relaciona con el cambio en la terapia que ocurre como resultado de la construcción de nuevas narraciones con significados diferentes que permitan a las personas asumir una visión novedosa y generativa, pues se comprende que el “yo” no es un ente estático sino cambiante. En esta terapia el foco no es el cambio sino la apertura de diálogos en los que se crean narraciones que antes no habían sido contadas (Anderson y Goolishian 1996).

Uno de los principios que rige la terapia colaborativa y que es completamente congruente con la horizontalidad que se plantea en la terapia es la postura de no saber (Anderson 1997) la cual es diametralmente contraria a las prácticas terapéuticas en las que hay un experto que minimiza los saberes de las personas y lo cotidiano y la experiencia de la persona carecen de validez e importancia. Lo anterior no significa que los conocimientos del terapeuta no son útiles, al contrario, estos conocimientos se comprenden como parte del bagaje y de los recursos que puede utilizar para generar y enriquecer una conversación terapéutica. Desde esta posición, el terapeuta debe confiar en las explicaciones de los clientes, se mantiene curioso y en conjunto con ellos colaboran para comprender las experiencias (Gergen y Gergen, 2011).

Esta postura de no saber responde a una postura filosófica, como lo plantean Anderson y Goolishian (1996) para quienes la comprensión es siempre un acto interpretativo en el que no se privilegia un punto de vista, se enmarca en el lenguaje y la historia. Los significados y las

comprensiones son construidas en los diálogos, o sea, no son brindadas por los terapeutas. Por otra parte, es importante comprender que el no saber no pretende ignorar que los terapeutas tienen sus preconcepciones, antes bien resulta fundamental tenerlos en consideración para evitar que estas preconcepciones interfieran en la comprensión de los significados que los clientes elaboran de su experiencia.

Anderson (1997) propone una postura filosófica en lugar de la postura del terapeuta porque, este término hace referencia a la manera en que se concibe y se siente al mundo, a esto se suman los valores y las creencias personales, en su conjunto es todo aquello con lo que el terapeuta colabora con los clientes.

A continuación, se exponen las características de la postura filosófica planteada por Anderson (1997). El cliente y terapeuta como colaboradores en un diálogo, en el que cada uno aporta desde su experticia. El terapeuta ejerce el rol de construir y mantener un espacio para los diálogos, no puede ser un editor de relatos, tampoco es alguien pasivo, carente de experiencias y saberes, ni funge como mediador, investigador o juez, no buscan verdades ni veladas intenciones, no son expertos en definir problemas y en solucionarlos. En terapia se pone en juego el estilo personal del terapeuta y de las personas, por encima de una estructura o modelo de trabajo. Los terapeutas no son los guías, ni el timonel del barco, sino invitados privilegiados en una travesía de descubrimientos que dura hasta que el cliente decida continuar ese viaje sin el terapeuta. Los cambios no solo se presentan en los clientes, al ser parte de un proceso dialógico es irremediable que también haya cambios en los terapeutas. El ser terapeuta es un proceso en el que la reflexión, la investigación y los aprendizajes hacen parte de la cotidianidad profesional y personal. Otra característica de esta postura filosófica es hacer público las ideas, reflexiones, temores, opiniones,



dudas, reconociendo y aceptando los comentarios que hacen parte de las conversaciones. Es necesario que se asuma una responsabilidad compartida en el proceso terapéutico.

Otras implicaciones de la “postura filosófica” que plantea Anderson (2005) son: que el terapeuta otorgue importancia a todas las voces que puedan participar en la terapia y reconocer aquellas áreas en las que los clientes son los expertos; no es necesario sacrificar una voz por tratar de establecer acuerdos al contrario el objetivo es integrar todas las ideas; la experiencia del terapeuta no es más valiosa o importante que la de los clientes; es indispensable conversar en torno lo que el cliente lleve a terapia confiando en que el cliente se mantendrá en la conversación hasta que lo considere necesario, por lo tanto, es importante reconocer la incertidumbre como algo valioso e inherente a la terapia.

Anderson (s.f; citada en: Biever et al., 2005) menciona que es necesario que el terapeuta se mantenga curioso y se tome un tiempo para conversar acerca de un tema y después se desplace a otro para evitar centrar el interés en una sola área de la persona. El tomarse el tiempo necesario en un tema es indispensable para la construcción de nuevos significados, ya que entender rápido cierra las posibilidades de aprender aún más de cualquier tema.

De acuerdo con Fried Schnitman (1996) la terapia bajo estas concepciones es una práctica social que permite a quienes acuden ser participantes activos en su proceso de cambio, puesto que al construir sus posibilidades las personas se construyen a sí mismas.

Anderson (2005) plantea a la terapia como un espacio donde los participantes de la conversación colaboran en la creación de nuevos significados. Es una terapia en la que no hay un experto que participe desde afuera de la conversación. “Cuando los participantes en la terapia están involucrados en la creación de nuevas soluciones para sus dilemas, crean resoluciones únicas, específicas a ellos y sus circunstancias” (p. 62- 63).

La realidad creada en los diálogos es una realidad virtual que al ser concebida como una posibilidad permite pensar en las acciones que pueden llevar a esa nueva realidad (Fried Schnitman 1996).

Un terapeuta colaborativo debe ser un promotor de conversaciones que abran posibilidades, que permitan la emergencia de nuevas ideas, comprensiones, significados y soluciones. Todas las ideas que se comparten en el sistema terapéutico tienen la misma validez y pueden ser igual de útiles, sin importar de quien provengan. Las conversaciones son procesos en los que todos participan, el uno habla con los otros, la comunicación es horizontal y lo emergente es el resultado de esa participación en conjunto. Tal como lo plantea Ibarra (2014) “colaborar no es hacer a, es hacer con el otro. Este hacer con el otro, está mediado en gran parte por el lenguaje. La posibilidad de colaborar existe en la medida en que compartimos, o desarrollamos, un lenguaje común” (p.119).

La postura del terapeuta trasciende la técnica y la estrategia, es una manera de ser como profesional y como persona en relación con los otros, maneras que en conjunto se ponen en juego en el proceso terapéutico. Esto requiere de humildad para pensar que se puede aprender de todas las personas y comprender el punto de vista del cliente. Para la terapia es indispensable que las personas sientan que son humanos y no una etiqueta, ni un problema, además se debe establecer una relación de confianza en la que todo lo que tiene que decir el cliente resulta importante y merece ser escuchado. La relación terapéutica debe mantenerse espontánea, tomando siempre en cuenta que cada proceso terapéutico es único en su complejidad.

A manera de conclusión, la terapia colaborativa es la aproximación más cercana a ver a la terapia como una conversación entre iguales, con saberes distintos pero merecedores de la misma atención, es un esfuerzo por poner al centro de la experiencia terapéutica a la persona, el foco está centrado en las historias que se narran, en las posibles alternativas para contar nuevas historias.

Un terapeuta colaborativo deberá asumir que su papel dentro del proceso terapéutico es el de un invitado curioso, respetuoso e interesado en mantenerse en ese viaje de transformación siempre y cuando se mantenga como invitado, no como guía, ni como actor principal, sabiendo que quizá no se conozca ni el destino ni el origen de ese viaje, pero confiando en que las personas lo saben o algún día lo sabrán; por último es necesario tomar en cuenta que esa invitación puede terminar en cualquier momento aun cuando al parecer no se haya llegado a un final esperado.

La terapia colaborativa es un espacio donde todas las conversaciones tienen sentido y pueden ser posibles.

### **2.2.8. Equipos reflexivos.**

Tom Andersen es el creador del equipo reflexivo, esta propuesta tuvo su origen cuando él y su equipo, pudieron identificar la necesidad de atender a las personas con “problemas mentales” desde una perspectiva diferente que no implicara como principal vía el internamiento de estas personas. En un primer momento la tasa de internación bajo un 40% en relación al periodo anterior, debido al trabajo del grupo, quienes comprendieron la importancia de incluirse e incluir a los demás profesionales que se puedan relacionar con el caso. En esa etapa trabajaron desde lo estructural y lo estratégico, sin embargo cuando conocieron el Modelo de Milán, integraron en su práctica un interés mayor a las entrevistas que a las mismas intervenciones. Centrarón su atención en el respeto, la escucha y el sumo cuidado al formular y plantear las preguntas.

Andersen (1994) comenta que esta idea surgió cuando en un proceso que parecía atascado, después de hacer varios intentos con preguntas optimistas, le preguntaron a la familia que atendían, si querían escuchar algunas de las ideas que tenía el equipo, la familia accedió y al terminar la participación del equipo, la familia quedo un momento en silencio y después empezaron a

conversar entre ellos con sonrisas de por medio y de una manera positiva. De esta forma el equipo descubrió la potencialidad de esta variante.

Entre las principales influencias del trabajo de los equipos reflexivos, se encuentran las ideas de Bateson relacionadas con “la diferencia que hace la diferencia”, la distinción entre “mapa y territorio”. De acuerdo con Andersen (1994) Bateson postula que la diferencia implica “algo que es distinto al ser diferente de su entorno” en tanto que “un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia” (p.38).

Andersen (1992; citado en Biever et al., 2005) describió el proceso reflexivo como conversaciones internas y externas que permiten a los terapeutas y a los clientes transitar entre hablar y escuchar (p. 8). Para Hoffman (1992; citada en Biever et al., 2005) implica que hay una equidad con respecto a la participación aun cuando las partes tengan distintas posiciones o características. Las conversaciones reflexivas indican una preferencia por un proceso que es mutuamente determinado por el consultante y el terapeuta en contraste con un proceso unidireccional.

Para Andersen (1994) una conversación curativa, implica comprender que en el proceso ocurren dos conversaciones internas (una en cada uno de los participantes de la conversación) y una externa. Por lo tanto los terapeutas deben poner atención en si la conversación que están proponiendo ocurre a un tiempo que permita a los participantes tener su conversación interna.

El término “reflexivo” que plantea Andersen (1994) significa: “algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta” (p. 34). Para dicho autor la pregunta que genera el trabajo del equipo reflexivo es ¿Cómo puede haber una conversación significativa entre el sistema fijo y nosotros? (p. 61).

Entre sus aportes está el dejar de lado las hipótesis, ya que consideraban que debían participar en la intervención sin preconceptos, puesto que así disminuiría la posibilidad de que se alejaran de quienes asistían a consultarlos, por lo que se trató de evitar el trabajo con las hipótesis para que dicha información no entorpeciera o contaminara la intervención.

Otra idea fundamental es generar una conversación con la fuerza necesaria para propiciar un cambio, ya que si son muy sutiles es probable que nada ocurra, sin embargo si son demasiado fuertes existe la probabilidad de que se abandonen y por ende tampoco haya cambios. Para efectuar estas conversaciones es indispensable tomarse el tiempo para escuchar y observar a las personas, caminar al paso de las personas para poder comprender lo que dicen y como lo dicen. Sumado a lo anterior hay que poner suma atención a la palabra, entendiendo que una palabra puede tener tantos significados como las personas puedan otorgarles, ya que para Andersen (1994) el significado es “la definición más el componente personal” (p. 45).

Otra idea básica es reconocer como lo proponen Bateson y Von Foester, quienes mencionan que una descripción está determinada por el sistema de observación. Es decir quien describe se encuentra limitado por su lenguaje, por su visión y por la comprensión que tiene de lo que pretende describir; por lo tanto si dos personas quieren describir un mismo evento, es posible que las descripciones sean similares o muy opuestas. Es decir pueden ser diferentes distinciones, comprensiones y explicaciones. Por lo tanto no es posible afirmar que hay descripciones mejores o peores que otras, todas son válidas.

La relevancia de las conversaciones ocurre cuando se ponen en juego las diferentes descripciones que se puedan tener de un mismo evento, ya que al estar limitados en las descripciones, cualquier otra descripción enriquece la anterior y por ende expande las posibilidades de ver la diferencia que hace la diferencia.

En ese sentido una persona experimenta una realidad y la conversa con otra persona que vive otra realidad, y cuando se puede coexistir en esa conversación, ya no es una ni dos, sino se abre el abanico hacia realidades que antes no se habían considerado.

Al conversar, todo aquello que se dice puede abrir o cerrar una conversación, por lo que es imprescindible reconocer si lo dicho ha generado incomodidad o reflexión; a la vez es necesario entender que quienes participan son responsables de dichas conversaciones. La meta de la conversación es la creación de una oportunidad para el cambio al introducir nuevas posibilidades. Los terapeutas hacen preguntas que extienden y amplían la conversación al tiempo que evitan preguntas que la cierren (Biever et al., 2005). También es vital que exista un espacio para el “no” en la conversación, por lo que es necesario preguntar al otro si está cómodo o a gusto en la conversación.

Los cambios pueden ocurrir cuando hay libertad para dialogar entre dos o más personas, lo cual permite el surgimiento de nuevas ideas, pensamientos, emociones y posibilidades de actuar sumadas a los repertorios preexistentes. Por lo tanto una manera de mantener una conversación curativa es formular preguntas que abran posibilidades y alejarse de consejos e interpretaciones que puedan perturbar a las personas, al estar tan distantes de sus propio repertorio. En ese sentido es útil entender la conversación como un intercambio de ideas, puesto que se dice algo y a partir de escuchar eso que se ha dicho, se piensa y se plantea una pregunta con el objetivo de generar nuevos aportes acerca de lo que se ha conversado.

Un aporte importante de Anderson y Goolishian (1985; citados en Andersen, 1994) es que desde una nueva epistemología es preferible entender al problema como el creador del sistema más allá de pensar que es el sistema quien crea al problema. De acuerdo a estos autores “el problema es todo aquello en qué consistía la preocupación inicial más toda la preocupación que se le agrego

en su alegre paso por el mundo” (Hoffman, 1985, p.386; citado en Andersen, 1994). Lo anterior permite comprender al sistema como un espacio donde todos los miembros pueden participar y desde su perspectiva seguro tendrán una descripción del problema, además de su posible explicación y posibles formas de enfrentarlo o resolverlo, por lo tanto este mismo problema puede tener tantos significados como miembros tenga el sistema. De ahí se comprende que al conversar acerca de esos diferentes significados es como pueden emerger nuevos significados que antes no eran concebidos. Sin embargo puede haber conversaciones donde los significados son tan diferentes que no existe la posibilidad de comprenderlos y mucho menos intercambiarlos, por otro lado puede haber casos donde el problema interfiere con las jerarquías o el prestigio, y en ese caso la conversación no ocurre porque las personas prefieren escucharse e invalidar el discurso del otro, por lo que resultan infructuosas. Es por estas razones que el terapeuta debe evitar expresar sus significados, para que no se pueda interpretar que ya está tomando partido con quienes comparte estos significados.

Tomando como punto de partida el planteamiento de que cada una de las personas tiene su propia descripción de una situación, facilita comprender que no hay versiones correctas o incorrectas. Por lo tanto es necesario para el terapeuta generar diálogos que den la oportunidad de entender cómo es que se han creado esas versiones. Esto conduce a conversaciones donde puedan construirse versiones alternativas a las que habían existido, es decir se generan posibilidades que no se habían pensado o que no se habían visto.

Para llevar a la práctica los equipos reflexivos es necesario comprender al sistema terapéutico como un sistema independiente que decide cómo y de que se habla. Por lo tanto el equipo reflexivo no da indicaciones o sugerencias acerca de lo que se debe conversar, cada uno de los miembros del equipo reflexivo escucha y conversa consigo mismo haciéndose preguntas que

le permitan pensar descripciones o explicaciones que no se han escuchado en la conversación que ocurre en el sistema terapéutico.

Después de unos minutos, si el terapeuta lo requiere, puede pedir a los miembros del equipo reflexivo que compartan sus ideas, por lo que ahora se cambian los papeles, son los miembros del equipo los que hablan y el sistema terapéutico solo escucha. Este dialogo permite la emergencia de nuevas versiones acerca de lo que el sistema terapéutico había conversado. En ese momento son los miembros del sistema terapéutico quienes pueden tener un dialogo interno de acuerdo a lo que están escuchando. Al terminar la participación del equipo reflexivo es momento de que el sistema terapéutico hable acerca de las reflexiones que se generaron a partir de lo que escucharon.

Por lo general se evitan las opiniones y los consejos, el énfasis esta en las preguntas y en las reflexiones que ofrece el equipo entendidas como unas más de las posibles versiones, recordando que no hay una absoluta ni correcta.

Para concluir, el principal aporte de los equipos reflexivos a la terapia consiste en dar voz a múltiples experiencias que pueden enriquecer las comprensiones de todos los inmiscuidos en la terapia. El hecho de contar con un equipo de supervisión permite implementar un sinnúmero de variantes de equipos reflexivos, dependiendo del caso y los objetivos del equipo. Es un esfuerzo más por reconocer a la terapia como un encuentro entre personas con diferentes vivencias igual de importantes.

### **2.3. Análisis y discusión de los conceptos: Familia y Lenguaje**

Para comprender el porqué del planteamiento del concepto de “configuraciones relacionales significativas” es imprescindible presentar un breve panorama del desarrollo histórico y conceptual que diversas disciplinas han analizado y elaborado en torno a la familia, dichas propuestas en su momento han servido como base para el del trabajo terapéutico. Al mismo tiempo



es fundamental comprender el papel del lenguaje en la transformación y la construcción de nuevas comprensiones que alejen a los profesionales, particularmente a los terapeutas, de aquellas conceptualizaciones que pueden resultar limitantes, excluyentes y quizá hasta generadoras de problemas, de ahí la necesidad de recuperar algunos de los más relevantes aportes relacionados con el lenguaje que dan cuenta de su importancia en estos procesos de construcción.

### **2.3.1 Familia.**

Para abordar el concepto “familia” resulta imprescindible dar un breve recorrido histórico en torno a sus orígenes y transformaciones. El origen etimológico de la palabra familia proviene del latín *familia* que hace referencia al grupo de los esclavos y criados de una persona, también se deriva de *famulus*: ‘sirviente’, ‘esclavo’ (Corominas y Pascual, 1996; citados en Garrido, 2008). Por otro lado, Covarrubias (1611; citado en Garrido 2008) plantea el origen latino de esta palabra en la dicción *osca famel*, que significa siervo. Es decir, la palabra familia en un principio se refería “al conjunto de esclavos y servidores que poseía el dueño de una casa” (Garrido, 2008, p. 119).

De acuerdo con Engels (2000) la familia se comienza a estudiar desde 1861 con un texto de Bachofen de nombre “El derecho materno”. En ese texto se expone que los seres humanos vivían en la promiscuidad, por lo que la filiación solo se podía establecer desde la línea materna; así las mujeres como madres eran respetadas, apreciadas y ejercían un dominio absoluto. Lo anterior se transformó con el paso de esta promiscuidad a la monogamia y del ejercicio del derecho materno a la hegemonía del derecho paterno, incitados por ideas religiosas específicamente de los griegos y romanos y la figura del *pater familias*, ya que para ellos “la familia era un grupo de personas sometidas a la autoridad de un jefe o *pater familias*” (Garrido, 2008; p. 119).

La transformación de las familias ha estado presente durante todos los tiempos y en todas las culturas. Como ejemplos se pueden nombrar a las tribus endógamas y exógamas, en las que la

paternidad y la maternidad tenían diferentes miradas y valoraciones que sirven para fundamentar los orígenes de la familia, de acuerdo a la consanguineidad y el parentesco. Así mismo, existían las familias donde los hijos tenían varias madres y varios padres, mientras que las madres y padres veían a los hijos de sus hermanas y hermanos como si fueran sus propios hijos, como en algunas tribus hawaianas y de Estados Unidos. Engels (2000) refiere a Morgan, para comentar algunas de las primeras evoluciones de la familia, ejemplificadas en una tribu hawaiana. La familia consanguínea es identificada en una época muy temprana. En este tipo de familia las relaciones se dan únicamente en un nivel horizontal, por lo tanto no puede haber relaciones maritales entre miembros de diferentes generaciones. Así que desde los abuelos y abuelas dentro de los límites familiares eran maridos y mujeres entre sí, lo mismo sucedía con sus hijos e hijas y con los hijos e hijas de estos; es decir que además de ser hermanos y hermanas son maridos y mujeres al mismo tiempo.

Un segundo momento de la transformación familiar es la familia punulúa, palabra que significa ‘compañero íntimo’. En este caso, los hermanos y hermanas ya estaban excluidos de poder relacionarse como maridos y mujeres entre sí. Este cambio fue gradual, pues primero se excluía de estos acuerdos a los hermanos de la misma madre, hasta llegar al caso de los primos hermanos. Esta transformación implicaba que las hermanas y hermanos pudieran formar una familia con otros hombres y mujeres fuera de los límites familiares, convirtiéndose en el núcleo de una nueva comunidad; cabe mencionar que no existía la monogamia, ya que tanto hombres como mujeres podían tener maridos y mujeres comunes, sin incluir a las hermanas o hermanos (Engels, 2000).

El tercer momento que plantea Engels (2000) hace referencia a la familia sindiásmica, en la que un hombre vivía con una mujer. Tanto la poligamia o las relaciones sexuales con otras

mujeres seguían siendo derecho de los hombres, mientras que a las mujeres se les exigía la exclusividad sexual ya que el adulterio era castigado cruelmente. El vínculo conyugal se podía disolver con facilidad por ambas partes y los hijos sólo eran pertenencia de la madre. En el cuarto y último momento, está la familia monogámica, fundada bajo el predominio del hombre, se forma para procrear hijos cuya paternidad no deje lugar a dudas, la relación conyugal ya no puede ser disuelta fácilmente por ambas partes, puesto que sólo el hombre podía romper esos lazos.

Siglos más tarde, durante la década de 1970, el paso de la sociedad tradicional a la sociedad moderna se vio envuelto por las teorías histórico-estructurales, de tinte marxista, en las que se partía de una concepción de lo social como un todo estructurado en clases y no como una interrelación funcional entre diferentes esferas de actividad (García y De Oliveira, 2006). Con esta perspectiva se rompía con la idea de una familia universal y se daba más importancia al sistema de producción y a las clases sociales respectivas en momentos históricos determinados, así como a su vinculación con las relaciones familiares, con lo cual la familia y las relaciones que se establecían en su interior se entendían a partir de la reproducción de las condiciones materiales de vida en las diversas formaciones sociales (Marx, 1973; Goldelier, 1967 y Lewin y Ribeiro, 1982; citados en García y De Oliveira, 2006).

Para García y De Oliveira (2006) el desarrollo de la perspectiva de género contribuyó a minar los supuestos funcionalistas al cuestionar las visiones tradicionalistas, de lo público y lo privado, la cultura y la naturaleza, la sociedad y la familia. En México, esta perspectiva ha contribuido a evidenciar la diversidad de arreglos familiares, llámense monoparentales, unipersonales, reconstituidas, etc. y a generar interés en los análisis de las dinámicas internas familiares caracterizadas por las asimetrías y los conflictos entre géneros y generaciones.

Por otro lado, se puede decir que el divorcio y la liberación femenina trajeron, entre otras cosas, la aceptación social de las familias monoparentales, en las cuales la mayoría de las veces queda como responsable la mujer, puesto que tradicionalmente a ella se la identifica como la única capaz de criar a los hijos. Sin embargo, en la actualidad, cada vez con más frecuencia, se encuentran familias monoparentales o biparentales en las que se acepta al padre como responsable de la crianza de los hijos, lo cual es otra muestra del dinamismo de los sistemas familiares.

En las últimas décadas se han ido estableciendo conceptos relacionados con la familia, tantos y tan diversos como las teorías que la han abordado, algunos basados en su estructura y otros en su funcionalidad. Por otra parte, las múltiples disciplinas que la han abordado, aportaron diversas conceptualizaciones para su comprensión.

En lo cotidiano, se comprende a la familia como la célula o la base de la sociedad, también se entiende que es el grupo primario en el que las personas aprenden y comparten los valores, creencias, normas, tradiciones con los cuales se van a relacionar socialmente. Estas funciones de las familias van acorde al contexto histórico y sociocultural en el que se están desarrollando, porque dependiendo de este contexto es como las familias habrán de adaptarse a las necesidades que les permitan la sobrevivencia. Para Oliva y Villa (2014): “la familia es la más antigua de las instituciones humana y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad” (p. 13).

Para De Pina (1995; citado en Oliva y Villa, 2014) la familia es el grupo de personas que tienen parentesco por consanguineidad. En este caso, es notorio cómo se privilegia lo consanguíneo por encima de las funciones, la estructura o las relaciones afectivas, lo cual puede ser una limitante en estos momentos históricos, puesto que habría muchas familias que no se podrían tomaría en cuenta porque no cumplen con ese parentesco, como puede ocurrir en casos de

adopción, en las parejas que deciden no tener hijos, e incluso donde adultos se hacen cargo de menores aun cuando no son sus hijos.

Planiol y Ripert (2002; citados en Oliva y Villa, 2014) por su parte, consideran a la familia como el primer grupo en el que se transmiten, de generación en generación, los valores éticos, sociales y culturales con el objetivo de enriquecer y facilitar la experiencia humana. Estos mismos autores mencionan que a pesar de que la familia es un grupo autónomo, también es interdependiente, puesto que no tiene la capacidad de auto-abastecerse, requiere a la sociedad y viceversa, y esa retroalimentación posibilita la permanencia de ambas.

Desde la biología, Oliva y Villa (2014) refieren que “la familia implica la vida en común de dos individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo” (p. 15). En este caso, se excluyen las parejas homosexuales.

Para la economía, Becker (s.f; citado en Oliva y Villa, 2014) la familia es una pequeña fábrica que tiene como bases la previsión de costos, gastos e ingresos que llevan sus miembros, cada hijo es un bien de consumo o un generador de gastos de inversión a futuro.

En lo jurídico, Baqueiro y Buenrostro (2001; citados en Oliva y Villa, 2014) argumentan que sólo se considera a la familia a partir de la pareja, sus descendientes y ascendientes y demás personas vinculadas por sangre o matrimonio, a los cuales se les impone deberes y derechos jurídicos.

En el plano psicológico, la discusión y la existencia de diversas comprensiones que giran en torno a la familia se han mantenido constantes e interrelacionadas con las transformaciones familiares y sociales que se han ido presentando, lo que ha favorecido la actualización en el estudio de las diversas problemáticas que se relacionan con la familia y sus cambios.

En los inicios de la terapia familiar, Bowen, Dysinger y Basamania (1959; en Bowen, 1989) comenzaron a tratar a las familias como si fueran un único organismo. Hacían la comparación entre la familia y un equipo de fútbol americano: cada miembro funcionaba de manera diferente de acuerdo al funcionamiento de alguno o de los demás miembros de la familia y desde sus propias concepciones. Estas ideas aplicadas a la psicoterapia de familia han permitido comprender a la familia y su funcionamiento a través de diversas situaciones que son parte de su historia. En ese momento histórico, pensar en la familia como un organismo o unidad y alejarse de comprender a los problemas emocionales como problemas de individuo, son dos avances primordiales para la evolución del concepto familia y la psicoterapia.

Bowen (1989) recupera a Sterne quien desde 1762 reconocía y reflexionaba en torno a las familias cuando escribió:

nuestra familia era realmente una máquina sencilla, ya que se componía únicamente de unos pocos engranajes, sin embargo se podía decir mucho de ella, como por ejemplo que estos engranajes se ponían en movimiento por tan diferentes resortes y que estaban conectados el uno al otro por tal variedad de extrañas reglas y estímulos, que aun siendo una maquina sencilla, tenía todo el honor y ventajas de una compleja, y poseía una cantidad de movimientos tan curiosos dentro de ella como nunca se ha visto en el interior de un taller textil holandés. (p. 37)

En la década de los sesenta, Bowen (1989) propuso varias definiciones de familia, al pensarla como un sistema social, cultural, comunicacional, biológico; como una combinación entre sistemas relacional y emocional. La familia era considerada “un sistema en el que a un cambio en una de sus partes, le sigue un cambio compensatorio de otras partes del mismo sistema” (p. 154). Minuchin (2004) por su parte, planteó a la familia como “un grupo social natural que determina

las respuestas de su miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior” (p. 27). La familia es un sistema abierto que se transforma constantemente gracias a las relaciones que establece con los sistemas amplios, lo cual le permite adaptarse a las demandas que las etapas de su desarrollo les plantean. También la vio como una unidad social que debe cumplir con una serie de funciones internas como la protección de sus miembros y externas, como su adaptación a la cultura.

Para trabajar con la familia y algunas de sus transformaciones ha sido necesario que autores como Minuchin y Fishman (2015) plantearan las siguientes tipologías familiares:

- Familia acordeón, en las cuales uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados, por lo que las funciones parentales son ejercidas por una sola persona mientras regresa el ausente.
- Familia cambiante, es aquella donde los cambios son constantes, como pueden ser los cambios de composición, de parejas e incluso de domicilio.
- Familia con soporte, es en la que alguno de los hijos asume o recibe la responsabilidad parental ya que hay muchos niños en el hogar.
- Familia con un hijo parental, se refiere a las familias en las que uno de los hijos ejerce un rol parental, esto puede ser un recurso natural en las familias amplias, monoparentales o en las que trabajan ambos padres.
- Familia con un fantasma, es aquella en la que no ha sido posible reasignar las funciones cuando se ha sufrido una muerte o una deserción.
- Familia de *pas de deux*, es una familia que se compone por dos personas. Esta composición puede ser madre-hijo, padre-hijo o una pareja sola.

- Familia de tres generaciones, como su nombre lo indica está formada por los abuelos, padres e hijos; aunque también puede estar formada por una compleja red de parentesco de tal magnitud que no es necesario que vivan en un mismo domicilio para ejercer una importante influencia.

Otros tipos de familia que se pueden mencionar son:

- Familia disfuncional, es aquella que no ha podido adaptarse a los cambios derivados del sistema bio-psico-social en el que participan; tampoco se han ajustado a los cambios internos con lo que su desarrollo se ve obstaculizado. También puede ser una familia que se ha mantenido inmutable al responder a dichos cambios.
- Familias de un solo progenitor o monoparentales, la cual está formada por uno de los progenitores y uno o varios hijos.
- Familias multiproblemáticas, pueden ser aquellas que muestran desequilibrio emocional, económico o psicológico. Por lo general son desorganizadas o se encuentran en proceso de desintegración y caos. Para estas familias las transiciones entre las etapas de su ciclo vital pueden ser una cadena de crisis infinitas.
- Familias del divorcio o reconstituidas, se compone de una pareja adulta en la que, al menos uno de ellos proviene de un divorcio o separación y tiene uno o más hijos de una relación anterior.

Otro tipo es el de Familia extensa, algunos factores que se relacionan con ellas son la pobreza, además de aspectos culturales e idiosincráticos, en estas familias a menudo las funciones pueden ser compartidas. Se distingue por la complicidad y las múltiples fuentes de ayuda y apoyo que se brindan entre ellos, permitiendo que la familia se mantenga aún bajo condiciones problemáticas (Minuchin y Fishman, 2015).



En cuanto a la Familia normal, dichos autores mencionan que se le puede considerar a la que no produce estrés o que tienen formas eficaces de enfrentar situaciones estresantes, lo cual depende la adaptación de la familia a las situaciones que la circundan. Es decir no se basa ni en su estructura, ni en sus funciones.

Cabe mencionar que aún existen discursos que perpetúan el mito de la normalidad en el que se privilegia la idea de personas que viven en armonía y se hacen cargo de lo que se les va presentado sin entrar en conflicto y cooperando mutuamente. Este mito se puede cuestionar al momento de observar a la mayoría de las familias en su cotidianidad, en cómo se relacionan, en la manera en que participan para originar y solucionar los problemas que les aquejan.

En ese sentido, es alarmante que en la actualidad haya algunos terapeutas trabajando bajo una visión idealizada de la familia, ya que al mantener esta perspectiva, cualquier variante de familia puede ser tipificada como fuera de lo normal, por lo que la esperanza de salir adelante de cualquier situación se podrá ver disminuida por considerar que no se cuenta con la estructura, funciones y capacidades de cualquier familia normal.

Para Andolfi (1991) la familia debe ser tomada como un todo orgánico, esto es, como un sistema relacional en constante transformación, que se adapta a las diferentes exigencias de sus estadios de desarrollo y a las exigencias sociales que se le plantean conforme pasa el tiempo, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. A su vez, es un sistema que se autogobierna y que se encuentra en interacción con otros sistemas.

Por su parte, Linares y Ortega (2008) definen a la familia como un sistema peculiar, dinámico y que persiste a pesar de los cambios históricos. Es un sistema que se estructura a partir de ciertas creencias, bajo determinados valores y reglas. Estos factores están relacionados con el

sistema social en el cual se desarrolla, debido a que es la sociedad quien tiene ya unas ideas y modelos que la rigen.

Años más tarde, Minuchin y Fishman (2015) se refieren a la familia como el contexto natural en el que las personas crecen y reciben ayuda, en el cual se han desarrollado pautas de interacción que definen la estructura familiar y rigen su funcionamiento; entre las tareas de la familia se encuentran facilitar la individuación y generar un sentido de pertenencia.

Ya en este milenio, Espinosa (2009); citado en Espinosa, 2010) propone a la familia como un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en diversos contextos de influencia, que sufre procesos sociales e históricos de cambio y que pone en juego múltiples recursos para resolver dificultades, de igual manera para resistir las influencias en etapas de adaptación y cambio en situaciones de crisis, evolutiva y contextual; sistema en el cual conforman visiones e historias de sí mismos según las vivencias que experimentan como significativas.

Como unidad ecosistémica, Hernández (2009) menciona que la familia se constituye por vínculos que trascienden la consanguineidad y se crean en la incertidumbre de la vida social, lo que se convierte en un contexto favorable para la emergencia de sistemas significativos de relaciones. Esta autora plantea a la familia y las organizaciones sociales como unidades de supervivencia definitivas para las personas. En ese sentido, una unidad mínima de supervivencia es la que constituyen la madre y el hijo, en los casos en los que el padre está ausente. Como unidad de supervivencia, es en la familia donde “se metabolizan las necesidades afectivas, sexuales, económicas, de pertenencia social, entre otras, y circulan los procesos de adaptación, mediados por la significación que sus miembros le atribuyen a los diversos aspectos de la vida” (Hernández, 2005, p. 5).

Dentro de las transformaciones sociales que se han ido construyendo, una de singular importancia es la lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales, pelea que ha dado como resultado que empiecen a ser consideradas, incluso para la definición de familia. Frode Gómez (2007; citado en Oliva y Villa, 2014) afirma que el concepto de familia debe incluir a las uniones maritales o de hecho, integrados por personas del mismo sexo, unidos por lazos de afecto, respeto, convivencia y de solidaridad.

Al respecto, Minuchin (2004) pudo dar cuenta de lo complejo y dinámico de la familia al plantear que persistirá y cambiará debido a que se ha constituido como el mejor sistema humano para las sociedades que se transforman rápidamente, lo cual hace necesario que la familia pueda flexibilizarse y adaptarse a los cambios que se van presentando en la sociedad.

Shorter (s.f; citado en Furstenberg, 2003) afirma que a partir de la década de los 50 la familia nuclear inicia su transformación hacia la familia posmoderna, la cual implica un “alejamiento o deslegitimación de la autoridad patriarcal y un creciente énfasis de la autonomía individual de los integrantes del hogar” (p. 12-13).

Aterrizando estos antecedentes al contexto mexicano, al igual que otras sociedades las transformaciones familiares se han visto influenciadas por factores económicos, sociales, culturales, tales como los modos de producción, la cada vez más activa y reconocida participación de la mujer en la vida pública, el rompimiento de los jóvenes con las visiones tradicionales de la maternidad y la paternidad, la diversidad de género, aunado a la reducción de las tasas de natalidad así como el aumento en la esperanza de vida (Esteinou 2005; citada en Espinosa 2010).

Adicionalmente la emergencia de nuevos acuerdos en las relaciones de pareja que se concatenan con nuevos roles en las convivencias, en las cuales el papel de proveedor y el del

cuidado de los hijos por dar unos ejemplos ya no son inherentes a los roles tradicionales que se asumían como propios de un género determinado.

Espinosa (2010) afirma la existencia de nuevas composiciones familiares, tales como las que resultan de los divorcios, las formadas por parejas homosexuales. Si a estas se les suman las que se originan a partir de las relaciones on-line y a distancia, las que se conforman a partir de fenómenos migrantes que no se establecen en un solo lugar y que en algunas ocasiones tampoco tienen lazos consanguíneos. Es evidente que el universo de lo que se puede considerar familia se va expandiendo.

Actualmente hay posiciones que se pronuncian a favor de eliminar de las discusiones científicas la palabra familia, por sus transformaciones y las implicaciones legales y políticas de estas transformaciones (Scanzoni, 1989; citado en Furstenberg, 2003). Es así que se puede pensar que el término familia, en singular está en camino de ser obsoleto, debido a las nuevas realidades que se construyen en relación al ser familias, en plural. Cada vez se torna más difícil hablar de la familia como si fuera el resultado de un consenso que legitima una versión única cuando, por el contrario, aumenta la pluralidad de arreglos y configuraciones que las mismas personas aceptan como familias, en ocasiones opuestas y distantes de lo que históricamente se ha comprendido bajo ese concepto.

La diversidad que se está presentando en relación a la familia, por añadidura debe ser competencia de los terapeutas familiares y otros profesionales de la investigación y el conocimiento. Y uno de los factores que se debe reflexionar es la ética que el profesional debe tener ante una sociedad dinámica que se complejiza a partir de las personas, parejas y las familias que la componen (Ruiz 2008; citado en Espinosa 2012). Por lo tanto esta ética debe ser contextual, no estática, con la apertura necesaria para comprender lo diferente.

Estos cambios dan cuenta de la necesidad de comprender a la familia como un concepto dinámico y flexible que no puede quedar atrapado y encasillado por una sola comprensión. Al respecto cabe retomar a Duque (2017) quien plantea la posibilidad de “ir más allá de los universales que pueden hacer invisibles las singularidades de la existencia” (pp. 13), lo que requiere de profesionales dispuestos a “asumir lo imposible como inicio de un mundo por explorar y de tomarse en serio la imaginación como proceso que engendra conocimiento” (pp.13).

Ya no es posible hablar de una familia ideal, tradicional o de “la familia” como si hubiera un prototipo, de ahí la necesidad de ampliar las comprensiones hacia lo alterno, lo diferente, la pluralidad. Así, las familias cobran más sentido como configuraciones singulares que se transforman y se adaptan a la complejidad actual y que quizá solo tienen sentido y significado para quienes las conforman y se relacionan con ellas. En ese sentido “la familia es una realidad basada en la comunicación” (Anderson, 1997, p. 122).

### **2.3.2. Lenguaje.**

Al igual que el concepto de “familia”, el de “lenguaje” se ha ido formulando y reformulando hasta llegar a los planteamientos postmodernos, los cuales ayudan a comprender como es que el lenguaje transforma. Por lo tanto, a continuación se presentan algunos de las principales ideas que se han ido desarrollando y que han dado pie a comprender al lenguaje como constructor y transformador de realidades.

De acuerdo con Echeverría (2003) en la filosofía griega se comprendía a la persona como un ser racional, dueño de un alma inmutable. El “ser” como aquello que siempre permanece igual. Se creía que para cada pregunta había sólo una respuesta verdadera. El rol del lenguaje era restringido sólo para la descripción del mundo. En algunas tradiciones psicológicas aún se presentan conflictos al conceptualizar la realidad en sentido lineal, al juzgar, señalar y tratar de

corregir las interacciones comunicacionales consideradas como erróneas y centrar el trabajo en el nivel de contenido y digital para llevar a cabo la intervención (Selvini et al., 1998).

Ernst Myer (s.f; citado en Echeverría, 2003) planteó al lenguaje como el rasgo básico que distingue a los humanos de otras especies. Para Gergen y Gergen (2011), las palabras no sólo sirven para representar imágenes o para transmitir lo que se piensa, son acciones y sirven para establecer relaciones.

Para Echeverría (2003) el lenguaje es un fenómeno social, no determinado por capacidades biológicas y no puede ser desarrollado por un ser humano en solitario, es causa y efecto de la interacción social, se construye en consenso. Es así que tanto los signos como los fenómenos y las acciones son constituidos en el lenguaje, por sí mismos no tendrían ningún sentido. Los seres humanos viven en un mundo lingüístico.

El lenguaje surge de la interacción, las personas se construyen a partir de los sistemas de relaciones que establecen con los otros, al mismo tiempo en que el sistema social hace parte de la construcción de la persona, la misma persona participa en la construcción de dicho sistema.

En su propuesta, Echeverría (2003) establece que “hagamos lo que hagamos, digamos lo que digamos, siempre se revela en ello una cierta comprensión de lo que es posible para los seres humanos y por lo tanto una ontología subyacente”(p. 19). Esta propuesta se puede relacionar con la cibernética de segundo orden al compartir la idea de que “cada planteamiento hecho por un observador nos habla del tipo de observador que ese observador considera que es” (p. 19).

Los postulados básicos de la ontología del lenguaje son: comprender a los seres humanos como seres lingüísticos que viven en el lenguaje; interpretar al lenguaje como generativo, puesto que hace que cosas pasen, crea realidades; entender que el lenguaje es acción, al decir lo que se dice, el modo en el que se dice o al no decir, es como se abren o cierran posibilidades para aquel

que lo dice y para otros; asimilar que es a través del lenguaje como se construye y transforma la identidad y la realidad; reconocer que los seres humanos se crean en el lenguaje.

Los principios de la ontología del lenguaje planteados por Echeverría (2003) son tres: primero, “no sabemos cómo las cosas son. Sólo sabemos cómo las observamos o cómo las interpretamos. Vivimos en mundos interpretativos” (p. 25). En ese sentido Maturana (s.f; citado en Echeverría, 2003) argumenta que los seres humanos no cuentan con ningún dispositivo biológico que permita conocer como son las cosas. Por su parte, el construccionismo plantea que nunca se puede describir la realidad, en su lugar sólo se puede decir la interpretación que se tiene acerca de ella.

El segundo principio refiere que “no sólo actuamos de acuerdo a cómo somos, también somos de acuerdo a cómo actuamos. La acción genera ser. Uno deviene de acuerdo a lo que hace” (p. 29). Según Gergen y Gergen (2011) las palabras impregnan tanto las actividades como la forma de hablar y moverse en el mundo, además de los objetos que se poseen y la forma en la que se usan. Las personas son lo que son a partir de la relación que establecen con otros.

El tercer principio plantea que “los individuos actúan de acuerdo a los sistemas sociales a los que pertenecen. Pero a través de sus acciones, aunque condicionados por estos sistemas sociales, también pueden cambiar tales sistemas sociales” (p.37). Este principio se relaciona con lo formulado por Wittgenstein (s.f; citado en Gergen y Gergen, 2011) en los juegos del lenguaje, entendiendo que las palabras que se emplean pertenecen a un contexto con reglas o son el producto de consensos. Dichos juegos de lenguaje forman parte de sistemas más amplios a las que Wittgenstein denomina como formas de vida. Son estas formas de vida las que dan sentido a las palabras y establecen los límites del mundo. Es decir, los acontecimientos o fenómenos pueden ser exactamente iguales, pero las descripciones dependen de la cultura a la que se pertenece, ya que

cada cultura responde a sus valores, por lo que es imposible que se presenten descripciones neutrales o exentas de valores. Cuando alguien se mantiene solamente bajo una tradición determinada, es altamente probable que las demás tradiciones o valores resulten irrelevantes.

Gracias a estas ideas se puede pensar al ser humano en un proceso interminable de construcción y reconstrucción, como un ser inacabado e indeterminado.

Para Echeverría (2003) el sufrimiento es un fenómeno lingüístico, surge de las interpretaciones que la persona hace acerca de sí misma y de las que los demás tienen acerca de ella. Sin lenguaje no se hablaría de sufrimiento por lo que resulta como algo constitutivo de la vida humana. Sin embargo, es en el mismo lenguaje donde se puede eliminar o evitar el sufrimiento. Gergen y Gergen (2011) plantean que “los problemas aparecen cuando en un contexto determinado la pretensión de la verdad (con uve minúscula) se trata como si fuera la verdad (con uve mayúscula) trascendental” (p. 25). Declarar una verdad como la única posibilidad implica limitar al lenguaje y reduce las posibilidades para generar nuevos significados.

Desde una perspectiva construccionista, todas las afirmaciones tienen la posibilidad de ser válidas para un grupo de personas, lo cual abre la posibilidad para tener una postura de curiosidad y de respeto hacia los otros (Gergen y Gergen, 2011). Al respecto, sostiene que es posible distinguir afirmaciones verdaderas o falsas, pero lo verdadero y lo falso sólo tiene sentido bajo condiciones sociales e histórica determinadas.

Shotter (1993; citado en Anderson 1997) formula que a través del lenguaje las personas pueden situarse en nuevas posiciones alejadas de aquellas narrativas que los han constreñido. Para Anderson (1997) el reto está en crear aquellos tipos de relaciones humanas que nos permitan construir en colaboración el futuro de todos (p. 26).



Es a partir del lenguaje que se puede comenzar a considerar a los pensamientos, los sentimientos, los deseos, los recuerdos y demás como nacidos de las relaciones y sin sentido fuera de ellas. Una vez que esto ocurra carecería de sentido situarnos como seres aislados e independientes, centrados en nuestros propios intereses o en una peligrosa competencia con los demás. Al contrario, nos veríamos como una creación relacional. Así el “yo frente al otro” se convertiría en “el yo a través del otro” (Anderson, 1997, p. 43).

Es por eso que el lenguaje como constructor de realidades emergentes debe ser el eje de las intervenciones terapéuticas bajo un sentido de libertad, responsabilidad y respeto por las diferencias, versiones, descripciones. En la relación terapéutica el lenguaje ocurre entre dos personas que tienen la intención de conocer más acerca de la situación que los mantiene en la conversación, esperando la oportunidad de generar nuevas conversaciones que expandan las comprensiones y las posibilidades de sortear aquellas situaciones que se han tornado como complicadas pero que, al fin y al cabo, también ocurren en los campos del lenguaje. Por lo tanto, es en el lenguaje donde podrán emerger las respuestas y las soluciones.

Por estas razones, los conceptos que el terapeuta maneja en relación con la terapia, la familia y los problemas, van perdiendo sentido cada vez más. Estamos en un mundo donde la diversidad de sentidos y significados va permeando el ejercicio terapéutico lo que puede favorecer la emergencia de perspectivas más generativas, posibilitadoras y esperanzadoras del ser humano y sus relaciones.

Por lo tanto al revisar la evolución de las conceptualizaciones de la familia y de la necesidad de actualizar sus comprensiones más los aportes del lenguaje como constructor y transformador de realidades más amplias donde siempre hay un lugar para significados nuevos, es como se

plantea el concepto de “*configuraciones relacionales significativas*” mismo que se desarrollara en los siguientes capítulos.

### Capítulo 3. Casos clínicos.

Los casos que se presentan a continuación sirven como ejemplo de la complejidad en la que se desarrollan algunas de las familias en la actualidad. Gracias al entramado de sus relaciones, a la diversidad de acuerdos, variedad de estructuras, multiplicidad de roles y al sinfín de adaptaciones es que surge la curiosidad por plantear un concepto que ayude a los terapeutas a visualizar a estas personas bajo una perspectiva dinámica, generativa y adaptable a cada proceso terapéutico. De esta manera cobra sentido el concepto de “*configuraciones relacionales significativas*”. Con el cual se pretende ofrecer al terapeuta una mirada alejada de visiones normativas, estáticas, definitivas, capaz de comprender cualquier acuerdo relacional de los consultantes y su sistema por más confuso que parezca, reconociendo las particularidades que se van presentando en el transcurso de la terapia.

#### 3.1. Integración de expedientes clínicos

El primer caso a presentar es el de Lorena, quien solicitó el servicio por violencia intrafamiliar, como se puede ver en la figura 1, esta familia podría ser tipificada de acuerdo a Minuchin y Fishman (2015) como multiproblemática y como familia extensa, lo que invitaría a mirarla a partir de las deficiencias y de la estructura, lo que probablemente obstaculizaría el panorama de cambio de esta familia. La relación de Lorena con su hermana y con el padre de sus hijos es problemática, por lo que quizá una alternativa para abordar cómo lidiar con esas relaciones, es concebirlas como carentes de un significado generativo, puesto que se basan en el maltrato hacia ella y hacia sus hijos, por tal razón puede ser de utilidad que tanto Lorena como sus hijos eligieran a quienes quieren tomar en cuenta como familia, quedándose con aquellas personas que para ellos resulten positivas o que al menos no les hagan daño. Para que esto llegue a ocurrir el terapeuta podría generar una conversación en torno a lo que cada uno de ellos quisiera considerar familia, al



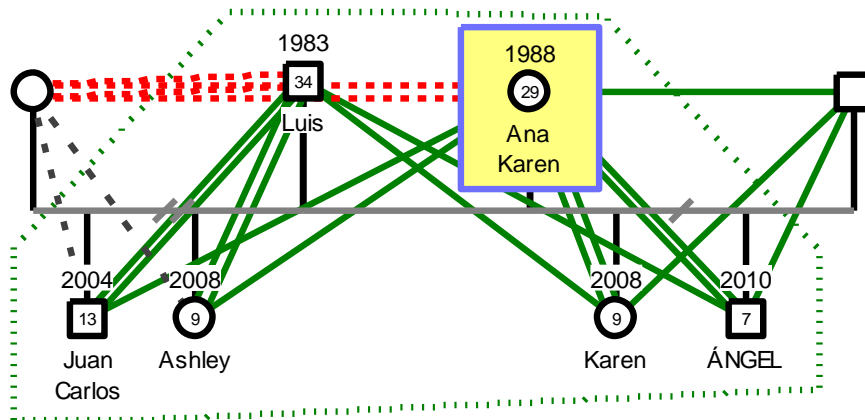


Fig. 2

Luis, Ana Karen y sus hijos son una pequeña muestra de la diversidad en los acuerdos de pareja que dan pie a nuevas configuraciones, puesto que se basan en la relación y en el significado que los miembros le atañen, ya que como se puede ver ambos vienen de relaciones anteriores, sin embargo la expareja de Ana, al mantener una buena relación con ella y con sus hijos aún puede llegar a ser considerado como parte de esta familia. No obstante en algunas ocasiones esto no puede ser así ya que al mantener una relación conflictiva con una persona que por consanguinidad debe ser considerada familia, puede poner en riesgo a la nueva familia que se está conformando, como lo es la expareja de Luis. Tradicionalmente se considera que una madre o un padre biológico siempre serán los padres, aunque puedan representar un riesgo para los hijos. Una opción para el trabajo del terapeuta es considerar que los factores consanguíneos no son razón suficiente para que alguien sea tomado en cuenta como familia. Entonces, la alternativa puede ser reflexionar acerca de las posibles ataduras y vínculos que mantienen a las personas con sus exparejas a partir de los hijos que tuvieron juntos, para fortalecer la nueva relación familiar, generando así una nueva configuración.

Este caso sirve para identificar cómo las familias se van conformando de acuerdo a las experiencias, necesidades y capacidades de co-evolución y adaptación a nuevas relaciones que les son significativas e invita a reflexionar en torno a la pertinencia del concepto de familias reconstituidas, ya que como se expuso esta familia no se está reconstituyendo, en su lugar se plantea como una nueva configuración.

Pasando a otro caso, en la siguiente figura se ve a Concepción, quien tuvo cuatro hijos pero que ahora vive con uno de ellos, una de sus nueras y sus cuatro nietos, ya que dos de sus hijos fallecieron entre ellos el padre de esos nietos. Tiene una relación distante con su expareja y con su hija quienes viven en otro estado del país (Figura 3).

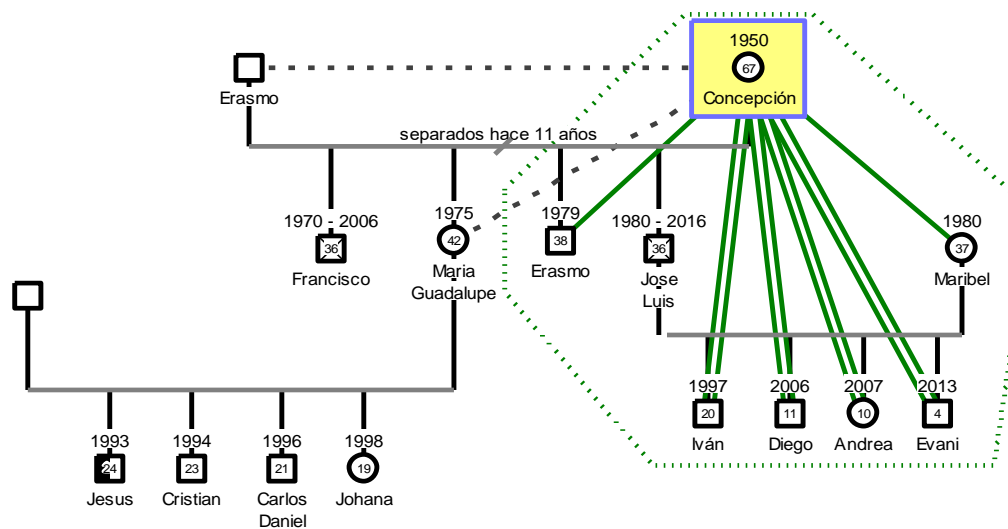


Fig. 3

La familia de Concepción, es una muestra de cómo algunos factores que están fuera del control de las personas como es el caso de la muerte, conlleva una transformación en las relaciones y se recurre a un reacomodo en los espacios y en los roles; lo anterior no es novedoso, ya que se podría pensar en esta familia desde diversas tipologías y por si cumple o no con ciertas funciones. Contario a estas tipologías se propone como algo fundamental vislumbrar la potencialidad de sus

recursos, sus fortalezas y considerar la nueva configuración, cuestionando las ideas que permean en la sociedad, referentes a los roles que tradicionalmente se asumen o se asignan. Dado que Concepción y su nuera tienen bajo su cuidado a cuatro niños que no cuentan con su padre, el rompimiento con los estereotipos de género pueden resultar convenientes para que asuman aquellas funciones que ellas consideren necesarias para el bienestar de lo que ahora para ellas es su nueva familia.

A continuación con Dana se puede observar a una familia donde están presentes ambos padres y mantienen una buena relación entre ellos y con sus hijas adoptivas. Del mismo modo existe una buena relación entre las hermanas (Figura 4).

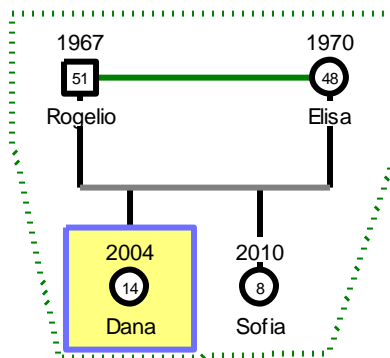


Fig. 4

Esta pareja con dos hijas adoptivas, es un ejemplo de cómo la consanguineidad no es requerimiento indispensable para que exista una familia. Nuevamente, es una evidencia de que los acuerdos de pareja pueden romper estereotipos para dar paso a nuevas opciones de formar familia. Casos como éste, los vientres subrogados, o aquellas mujeres que se embarazan haciendo uso de los bancos de espermia, las parejas homosexuales que recurren a otras personas que les ayudan a procrear, entre otras formas de concebir, poco a poco ayudan a poner en discusión aquello que se

debe considerar familia. De ahí que los terapeutas requieren de sensibilidad para conversar acerca de la significación que cada uno de ellos le otorga a lo que consideran familia.

En la figura 5 se puede observar a Raúl de 54 años, quien tuvo una relación violenta con su expareja; regresó a casa de sus padres, mismos que le apoyan mientras resuelve sus conflictos. Por otro lado tiene una buena relación con su hijo.

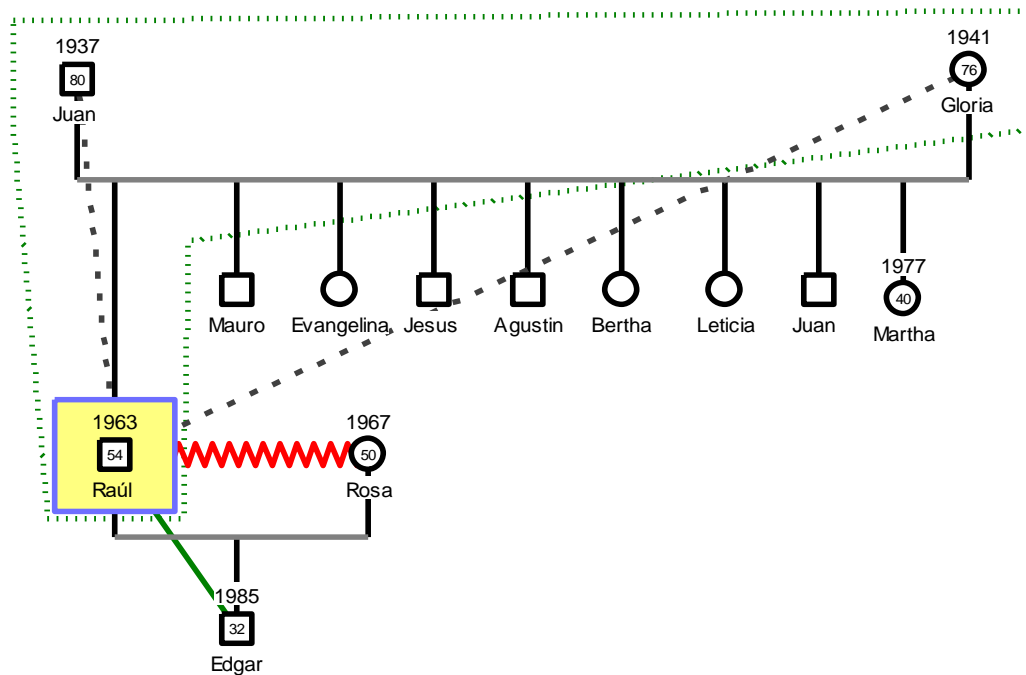


Fig. 5

Este caso puede prestarse a varias interpretaciones, una que considera evidente que los padres de un adulto de 54 años, aún están dispuestos a ayudarlo. Otra plantea que los padres se sienten con la responsabilidad de ayudarlo. Otra requiere pensar que Raúl por la edad que tiene debería resolver sus problemas por sí solo. Empero desde una visión donde se pone en tela de juicio los “deber ser” y las visiones tradicionales de la familia, es necesario que el terapeuta ponga en juego estas ideas para que Raúl, reflexione en torno a su participación en las familias a las cuales ha pertenecido y decida en cuál permanecer. No obstante, entendiendo que ésta no puede



ser una decisión unilateral, debe ser importante para el terapeuta conversar con los padres y el hijo de Raúl para comprender cuál es la visión que tienen en relación a él y a su pertenencia o no a uno de estos grupos familiares. Sobre todo en casos donde una o varias personas pueden representar algún riesgo.

Enseguida se muestra la situación de Alexa, vive con sus abuelos maternos, con dos tíos, la pareja de uno de ellos, una tía materna y los hijos de ella. Es decir tres generaciones viven bajo el mismo techo. Alexa no vive con sus padres biológicos y su relación con ellos es conflictiva, con su abuela materna también hay conflicto. Sólo tiene una buena relación con su prima, mientras que se mantiene al margen de sus tíos (Figura 6).

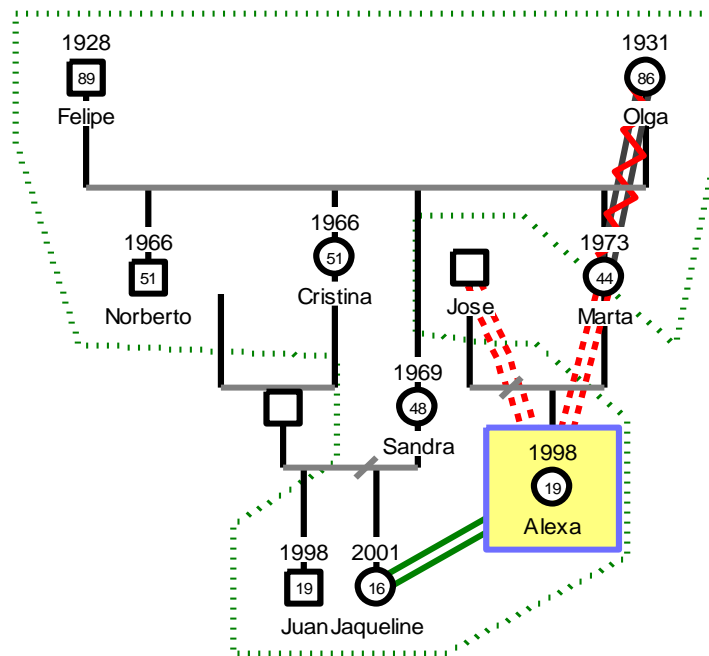


Fig. 6

En la figura 6 es evidente la complejidad que puede presentarse en las familias y que llega a generar situaciones problemáticas o no dependiendo de cómo vivan esa organización. En ese sentido el terapeuta debe mantenerse curioso para tratar de comprender cómo es que esas

relaciones se han ido construyendo y de ser posible facilitar que se vayan transformando. Requiere de mantener una mirada generativa, que se enfoque en la potencialidad y no sólo en la complejidad aparente, ya que si estas personas habitan en el mismo lugar existe la posibilidad de que esto sea así por el apoyo que pueden encontrar en ellos.

En el siguiente caso, se puede observar a una pareja haciéndose cargo de los sobrinos de ella, quienes son hijos de dos diferentes relaciones de uno de sus hermanos, pero hay dificultades en la relación entre el sobrino mayor y la pareja de ella (Figura 7).

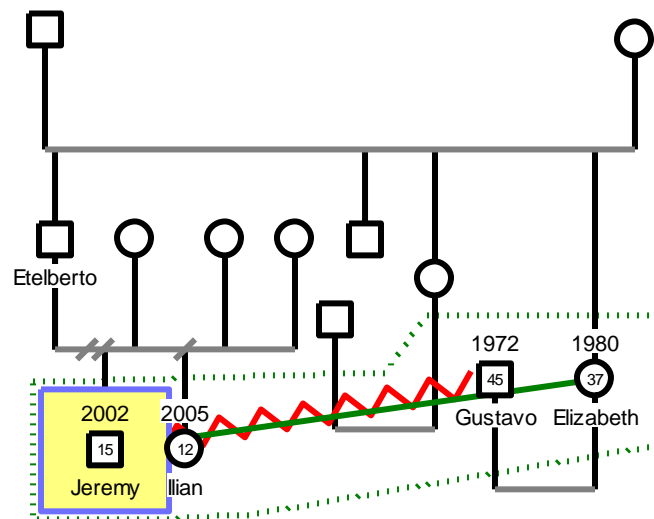


Fig. 7

Gustavo y Elizabeth son un ejemplo claro de cómo una familia se va conformando por diversas situaciones que van más allá de solo formar pareja, vivir bajo un mismo techo o compartir lazos consanguíneos. Para este tipo de casos, es imprescindible un cambio en las ideas tradicionales de lo que se considera familia, un cambio en la sociedad y en los profesionales que trabajan con ellas, para facilitar la transición de las personas que se pueden sentir ajenas, marcadas o excluidas de lo que se considera normal, hacia una experiencia de vida en libertad, autonomía,



la terapia fue también el origen de mi interés en analizar lo fundamental del lenguaje dentro del proceso terapéutico, de tal manera que me permitió comprender en carne propia cómo es que el lenguaje transforma toda realidad, incluido un proceso terapéutico.

Como se pudo observar en los casos presentados la diversidad de estructuras, roles y funciones que se presentan en algunas familias son evidencia de la necesidad de una perspectiva terapéutica que tome distancia de las ideas tradicionales en torno a la familia. Puesto que en la cotidianidad ha sido común que a familias como éstas se les perciba como diferentes, es más, ellas mismas pueden considerarse de esa manera y al darse cuenta de esto se problematicen con esta condición, aun cuando tengan las mismas dificultades que aquellas familias consideradas normales. Mientras que en el caso de los terapeutas, bajo una perspectiva de la psicología tradicional que tipifica, patologiza y centra su atención en las carencias, el déficit y lo diferente como algo que se tiene que normalizar, se corre el riesgo de remarcar esas diferencias y reafirmar la necesidad de un trato especial por no ser como las demás familias.

Adicionalmente en estos casos hay ejemplos claros de la invaluable importancia de la utilidad del lenguaje para transformar las situaciones y discursos dolorosos en horizontes e historias esperanzadoras. Es evidente que el uso de un lenguaje generativo, no es exclusivo del terapeuta, puesto que las personas también lo usan, aunque no lo identifiquen de esa manera. De tal manera es responsabilidad del terapeuta mantenerse atento y no dejar escapar aquellas palabras o narraciones que resulten útiles para conversar y tomarse el tiempo suficiente para abrir opciones, ampliar caminos, generar reflexiones, que puedan favorecer el cambio y la transformación de la realidad de las personas.

### **3.2. La importancia del lenguaje en la construcción de comprensiones alternas a las visiones tradicionales y limitantes del concepto familia**

Como se sabe, la importancia del lenguaje en la terapia radica en la centralidad de su uso dentro de los procesos terapéuticos. Esto no es novedoso, pero sirve como punto de partida para elaborar una idea acerca de su dinamismo y potencialidad para generar la emergencia de nuevos planteamientos que puedan aplicar los terapeutas familiares y tengan la capacidad de desplazarse de una familia a otra con la suficiente libertad, amplitud y curiosidad que los aleje de conceptos que pudieran tener atisbos de normatividad.

De acuerdo a algunos planteamientos postmodernos, es a partir del lenguaje que se pueden construir tantas realidades como personas, lenguajes y relaciones existan. Lo mismo ocurre en la terapia, cuando se concibe como un encuentro entre personas con saberes distintos. La conversación que ocurra en el espacio terapéutico puede tener diversos orígenes y llevar a diferentes destinos a quienes conversan e incluso a quienes sólo están escuchando (Anderson y Goolishian 1996). Por el contrario, cuando el origen de la conversación llega a ser el mismo, no hay diferencias en las historias contadas y se está de acuerdo en lo que se charla, se podría pensar que no hay ninguna construcción o reflexión, es más se podría pensar que no hubo un dialogo sino un monólogo compartido.

En la terapia como conversación, a partir de un lenguaje en común es necesario que emerjan diferencias, es decir que tanto la persona que solicita el servicio como el terapeuta escuchen algo novedoso acerca de lo que se está conversando. Al mismo tiempo el terapeuta debe considerar la relación terapéutica como un espacio en el que cualquier conversación pueda ocurrir e incluso llegue a tener sentido y generar nuevo significados (Andersen, 1994), es decir su trabajo es

conversar, de manera curiosa, curiosidad entendida como interés en conocer y comprender los relatos que se narran en terapia.

Pensando en los orígenes de una conversación terapéutica, es fundamental mantenerse atento de la postura y los preconceptos que se tienen acerca del tema que se tocará en la terapia (Anderson y Goolishian, 1996). Si el tema es de índole “familiar”, es necesario que el terapeuta conozca cuáles son sus preconceptos en relación a lo que considera “familia”. Sobre todo en estos tiempos donde existe una infinidad de acuerdos que dan lugar a “familias” que antes quizá eran impensables.

Como se mencionó con anterioridad, el concepto “familia” se ha ido trabajando desde diferentes disciplinas, lo que ha permitido abordarla a lo largo de sus diversas transformaciones. No obstante, los significados que se le han atribuido han sentado las bases para que en la mayoría de los casos, existan modelos familiares que son más aceptados, mientras que otros de primera mano son descartados por anormales.

Como las conceptualizaciones se generan en el lenguaje, y éste es fundamental para la terapia, es a través del lenguaje que se pueden transformar las cosas. Es decir los terapeutas pueden ser los encargados de iniciar una conversación con el objetivo de conocer a quienes considera “familia” la persona con la que están conversando. Esto requiere de no dar por sentado que hablará de un papá o de una mamá, o de hijos, o de primos, etc. En la mayoría de las ocasiones quizá ocurrirá, sin embargo habrá ocasiones en las que la persona participe en una “familia que no es como todas”, por lo que se verá en la necesidad de explicar por qué no es como todas.

Si en el lenguaje del terapeuta el concepto de “familia” concuerda con lo que se considera “normal”, es más probable que la conversación gire en torno a conocer por qué no es como todas, y así la terapia se puede convertir en un monólogo cuyo resultado para la persona será conocer lo

que ya conocía, mientras que el terapeuta podría confirmar sus ideas normativas. Por lo tanto ambos estarían perdiendo la oportunidad para reflexionar acerca de sus propias concepciones.

En cambio cuando en el lenguaje del terapeuta el concepto “familia” no tiene una definición estática y permanente, puede ser más probable que la conversación ocurra a partir de la curiosidad como la plantean Gergen y Gergen (2011) y el interés de conocer eso que a la persona le ha dado por llamar “familia”. De esta manera las preconcepciones del terapeuta en relación a la “familia” pueden permitir la construcción de un nuevo significado tanto para el terapeuta como para la persona que acude al servicio.

Lo anterior no significa negar la existencia del concepto “familia”, la intención es tener alternativas para abordarlo dentro de un proceso terapéutico, sin caer en tipologías o definiciones que puedan no atender la realidad que se está presentando dentro de la conversación terapéutica cercana a la deconstrucción planteada por White (2004).

Por lo tanto y, partiendo del lenguaje, es que en este trabajo se plantea el concepto “*Configuraciones relacionales significativas*”, cabe resaltar que este concepto no pretende negar, anular o desplazar al de “familia” en su uso cotidiano, sino ser una alternativa conceptual para los terapeutas teniendo siempre en cuenta la diversidad, lo alternativo, lo emergente, lo significativo, la diferencia, las múltiples realidades y posibilidades de relacionarnos con los otros y aquellos otros a quienes se pueden o no llamar familia.

### **3.3. Configuraciones relacionales significativas**

De acuerdo con Fried Schnitman (1996) en la psicología han perdurado algunas posturas esencialistas que plantean que cuando el self o la familia se constituyen, esa configuración permanece y pareciera estática y definitiva, plantean que “las personas o grupos evolucionan hasta que son lo que son y de ahí en adelante permanecen relativamente inmutables” (p. 254). Por

posturas como éstas, la diversidad y lo diferente se vislumbran como algo peligroso, errado, problemático, anormal, enfermo, necesitado e incluso patológico, según la disciplina que las atiende.

De las ideas postmodernas cabe recuperar a Harlene Anderson (1997) cuando afirma que “la Terapia Familiar crea y mantiene la ilusión de que existe algo tal como la familia, que requiere de métodos de tratamiento especiales” (p. 122). De acuerdo con esta autora “siempre que se trabaje con un grupo de individuos que se llamen como una familia, siempre trabajamos con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes socialmente construidas” (p. 123).

A partir de los planteamientos anteriores puede ser beneficioso generar un concepto alternativo al de “familia”, que permita a los terapeutas familiares ampliar las comprensiones tal como lo propone Espinosa (2010) cuando plantea la necesidad de que los profesionales de la salud y de otros campos del conocimiento desarrollen nuevas miradas teóricas, prácticas, metodológicas y de intervención considerando la complejidad de:

la familia y las características que presenta de acuerdo a contextos socioculturales, políticos y económicos particulares; donde se modifican la composición, la estructura y la dinámica relacional, lo que da origen a una diversidad de organizaciones familiares con funciones, parámetros y reglas que cuestionan las ideas tradicionales. (p. 241 – 242)

Por lo tanto es que se propone el concepto de “*configuraciones relacionales significativas*”, como una herramienta para el terapeuta y que sirva de apoyo para reflexiones y propuestas que permitan la inclusión de todas aquellas versiones familiares que han sido excluidas, tipificadas, ignoradas, aunadas a las puedan emerger en estos momentos históricos y culturales.

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2018) una configuración se define como “Disposición de las partes que componen una cosa y le dan su forma y sus propiedades”. De esta



manera lo que una persona configure como familia dependerá de quiénes la conformen al tiempo que ellos mismos le otorgan sus propiedades o características. Aterrizado a la terapia, si una persona dice que su familia es aburrida, el hecho de que el terapeuta la comprenda como una configuración, le puede servir para no quedarse con la descripción de esa familia, en su lugar puede participar en una conversación en la que se construya o se vislumbre cómo es que los miembros de esa configuración son quienes le han otorgado esa característica, por lo tanto son ellos quienes pueden hacer que lo aburrido cambie y son también ellos quienes participan en mantener esa característica. Así puede dejar de verse al aburrimiento como algo esencial de esa familia.

Pensando en que las personas no son entes aislados, cabe decir que para configurar a su familia, la persona requiere de relaciones. Entre las definiciones que aparecen en el diccionario de la Real Academia Española (2018) una relación es: “conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona. O un trato de carácter amoroso”.

De acuerdo a lo anterior una configuración es el resultado de las relaciones que las personas han ido estableciendo, es decir que pueden tener una configuración en el trabajo, otra con sus amigos, otra con sus familias y cada una de ellas tiene ciertas características que le son atribuidas por estas relaciones. Si vamos más lejos, aun cuando no se cuente con la presencia física de algún otro, es posible mantener una relación, como es el caso de las relaciones virtuales. Todavía se puede ir más allá si se piensa que a partir de las relaciones que ha vivido la persona, tomó la decisión de permanecer solo o adoptar una mascota o comprar una planta. Así, es posible que una configuración pueda tener tantos miembros como la persona decida incluir. De tal manera que las configuraciones son dinámicas y relacionales ya que se van trazando a partir de aquellas relaciones que se van integrando o excluyendo de acuerdo al contexto y la experiencia de quien define esa configuración.

Por otro lado, lo significativo según la Real Academia Española (2018) es aquello “que da a entender o conocer con precisión algo” o “que tiene importancia por representar o significar algo”. Es decir una persona puede representar un problema, otra puede representar una esperanza y otra quizá no represente nada. Sin embargo cada uno es responsable de elegir con quién se va a relacionar. Y si se tiene en cuenta que las configuraciones resultan de quienes las conforman, sobra decir que dependiendo de con quiénes se relacione y a quiénes elija como partes de su configuración, ésta tendrá tales o cuales características.

Por lo tanto las “*configuraciones relacionales significativas*” se deben entender como el resultado de aquellos acuerdos explícitos o no que las personas van estableciendo y que permiten construir relaciones que solo tienen sentido y significado dentro de esos acuerdos, como puede ser el caso de “La Familia”. Cabe recordar que no se trata de eliminar del discurso el concepto de familia, pero sí dar una alternativa para comprender a las personas como parte de una configuración que se ha trazado gracias a las relaciones que han generado, por lo que el sentido y el significado que los miembros le otorguen es único dependiendo de su experiencia dentro de esta configuración.

De esta manera se puede fomentar una apertura a la diversidad de lo que las personas consideran familia, alejándose de las tipologías de familia existentes. El terapeuta podría dejar de recurrir a identificar si las personas que tiene enfrente pertenecen o no a una familia reconstituida, monoparental, extensa, etc. En su lugar basta con comprender que hacen parte de una configuración formada por las relaciones significativas que la persona ha decidido denominar como su familia.

Cabe señalar que este concepto fue pensado a partir de los casos anteriormente planteados, de ninguna manera tiene la intención de plantear una verdad absoluta, al contrario es una invitación a reflexionar acerca del reconocimiento a la diversidad de familias y pensar que el lenguaje como

constructor y transformador de la realidad. Este lenguaje que transforma no es exclusivo de los terapeutas, sino que puede emerger en la terapia y puede originarse en las personas que han solicitado el proceso terapéutico.

## **Capítulo 4. Consideraciones finales**

En los siguientes apartados se presentan las competencias profesionales que se fueron adquiriendo, desarrollando, ampliando y transformando. Tal es el caso de los aspectos teóricos, prácticos, conceptuales, éticos y metodológicos en terapia. En lo académico se ofrece un panorama de la investigación, difusión y prevención realizadas durante la Maestría. Además, se comparten algunas reflexiones de la experiencia en este proceso y las implicaciones en los ámbitos personal y profesional.

### **4.1. Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teóricas conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social**

En referencia a lo teórico-conceptual, me resultó fundamental conocer y comprender la manera en que las epistemologías de los diferentes modelos sistémicos han ido evolucionando y complejizando las visiones sobre los procesos terapéuticos. En un primer momento, estos modelos centraron su atención en la estructura y la organización familiar, y los terapeutas se consideraban los estrategas y expertos. En un segundo momento, se enfocaron en los intentos de solución de los consultantes, así como de sus estilos para enfrentar y solucionar sus dificultades; con la ayuda del terapeuta, el consultante descubría o redescubría los recursos que le permitían solucionar sus problemas. En un tercer momento, el trabajo del terapeuta centró sus esfuerzos en la curiosidad, el uso de las preguntas y herramientas como las paradojas y las hipótesis. En un cuarto momento, el terapeuta cedió el papel del experto al consultante y se asumió como un invitado o un acompañante ocasional y testigo, en algunos casos, de las transformaciones que las conversaciones y los diálogos son capaces de generar dentro del espacio de intervención y que permean la cotidianidad de los usuarios al punto de construir nuevos sentidos, significados, narrativas y experiencias generadoras de bienestar y esperanza.

Por otro lado, logré identificar la importancia de la epistemología en el quehacer del terapeuta, ya que es indispensable para dirigirnos hacia los modelos terapéuticos que concuerden con ella. Pero fue más trascendente reflexionar acerca de la necesidad de conocerlas para saber cuál es la que subyace en la experiencia de los usuarios. Porque, como lo planteó Bateson (s.f; citado en Keeney, 1983) todos tenemos una epistemología, aunque no todos sepamos cuál es. Siguiendo con esta idea, es fundamental aclarar que no es indispensable que las personas sepan cuál es su epistemología, sin embargo, quienes sí tenemos la obligación de conocer la nuestra e identificar la de los usuarios somos los terapeutas, pues nos sirve para ir allanando el camino de la terapia y con ello no entrar en polémicas estériles por hablar desde diferentes epistemologías.

En lo referente al lenguaje, pude comprenderlo como generador de experiencias, constructor de realidades y facilitador de transformaciones, lejano de aquellos planteamientos que lo consideraban un instrumento que sólo tenía la posibilidad de describir la realidad y transmitir ideas. Gracias a las propuestas construccionistas y postmodernas se puede entender al ser humano como alguien que habita en el lenguaje, cuya realidad se encuentra atravesada y complejizada por el lenguaje, por su experiencia y la interpretación que tiene acerca de la relación experiencia-lenguaje. Por ende, los problemas a los que se enfrentan los seres humanos pueden determinarse a partir de las descripciones y significados que les son atribuidos, en consecuencia, las posibilidades de solución y cambio ocurren en el lenguaje. Por lo tanto, el espacio terapéutico puede ser tan potente y transformador en la medida en que permita la emergencia de conversaciones que favorezcan la existencia de múltiples discursos. De aquí parte la idea de generar el concepto de *“configuraciones relacionales significativas”*.

Pasando a las competencias clínicas, es importante reconocer al sistema terapéutico total, me parece pertinente retomar a Bateson (s.f., citado en Minuchin, 2004) cuando menciona:

Piensen en un hombre que tala un árbol con un hacha. Cada hachazo es modificado o corregido de acuerdo con la forma del corte dejado en el árbol por los hachazos anteriores. Este proceso autocorrectivo es producido por un sistema total, árbol-ojos-cerebro-músculos-hacha-golpe-árbol, y es este sistema total el que tiene las características de la mente. (p. 25).

Esta metáfora puede aplicarse al sistema terapéutico total, formado por el terapeuta, el equipo terapéutico, supervisores, consultantes y el consultorio o espacio terapéutico. En este sentido, el hombre que tala el árbol es el equipo terapéutico, el árbol puede ser el motivo de consulta, los hachazos son las terapias.

Tomando en cuenta a las teorías como algo inherente a la terapia, pude comprender que son ellas y nosotros los terapeutas quienes deben adaptarse a los usuarios y sus motivos de consulta y no al revés. Esto no significa que el modelo por implementar depende del caso, porque se correría el riesgo de que los terapeutas se convirtieran en técnicos y el foco estaría puesto en identificar cuál es el modelo que mejor se adecúa y después elegir qué técnica debe emplearse. De manera que podría volverse una especie de trabajo automatizado y perdería la espontaneidad que se requiere para trabajar con la incertidumbre de lo humano.

En lo práctico pude conocer y aplicar diversas técnicas pertenecientes a los modelos que se revisaron durante la Maestría y que se abordaron en el capítulo dos. Aunque reconozco que aprender el uso de estas técnicas es importante, lo es aún más el reflexionar acerca de la sensibilidad y la atención que se requiere para saber co-construir una relación terapéutica adecuada al caso en turno. Esto requiere además de lo teórico y lo epistemológico, comprender las limitaciones y potencialidades tanto de los modelos como de las técnicas. Por otro lado, demanda un esfuerzo del terapeuta para evitar un abordaje genérico de los casos, es decir, hay que tener la

claridad para atender de manera particular cada caso según la complejidad que represente. Al igual que en otros modelos de atención psicológica, es imprescindible que el terapeuta sepa cuáles son las técnicas que pertenecen a cada modelo para eliminar el riesgo de una terapia ecléctica.

En ese sentido cabe mencionar la reflexión que plantea Ibarra (2014) en torno al dilema entre lo colaborativo y lo directivo del trabajo de los terapeutas en formación, ya que hay ocasiones en las que tomamos decisiones y pensamos los casos desde una postura que se puede considerar directiva aun cuando la intención es mantenerse bajo un trabajo colaborativo, lo cual refleja la constante lucha entre mantener la horizontalidad y eliminar la postura de experto. La importancia de esta reflexión radica en poner atención e identificar todas aquellas contradicciones en las que los terapeutas nos vemos inmersos en diversas ocasiones y no dejarlas pasar en vano, sino mantenernos en la búsqueda de resolver de la mejor manera los diversos dilemas que emerjan en los procesos terapéuticos y en la medida de lo posible evitar caer en contradicciones que perjudiquen el ejercicio profesional y el cumplimiento de los objetivos de la terapia en cuestión.

Como se puede advertir, es fundamental que el nivel epistemológico, teórico, metodológico y técnico sean congruentes con el fin de que el proceso terapéutico resulte exitoso. Esto permite al terapeuta tener la claridad suficiente para explicar el proceso de cambio.

En cuanto a mi participación como terapeuta, al inicio de mi proceso de formación me concebía como fuera del sistema terapéutico, pero cuando comprendí la cibernética de segundo orden reconocí que el terapeuta hace parte del sistema, lo cual favoreció el cambio en la percepción, en el sentido y en el significado de la intervención tanto para los consultantes como para los terapeutas (Desatnik, 2013).

En todos los procesos terapéuticos trabajé con respeto, ética, honestidad y con sincero interés en participar en el proceso de cambio. Desde los primeros casos empecé la reflexión con

respecto a la función del terapeuta como agente de cambio, dado que al inicio de la Residencia aún tenía este imaginario de que el terapeuta debía resolver los problemas, aún creía en la posición del profesional como experto, que todo lo tenía que saber, comprender y resolver, mientras que las personas que solicitaban el servicio eran las que no entendían, no comprendían y no sabían cómo resolver sus problemas. Sin embargo, el paso de los semestres me dio la oportunidad de cuestionar y reflexionar con respecto a estas ideas.

Al tiempo, fueron surgiendo nuevas reflexiones en torno a cómo es que los terapeutas nos acercamos a las personas, desde dónde las miramos, de qué manera las conceptualizamos y cómo, a través del lenguaje, nos referimos a ellas. Corroboré que el lenguaje no es inocente y que todo lo que se dice y no se dice en terapia ya es una intervención, de ahí la importancia de tener siempre presente qué y cómo se pretende comunicar.

Mi actitud hacia las personas que acuden a terapia se transformó, pues empecé a confiar más en ellas. Hoy no sólo utilizo las preguntas para recopilar información, no trato de leer entre líneas o detrás de las líneas; en su lugar, aprendí y sigo aprendiendo a conversar con un genuino interés en conocer y comprender, de ser posible, la complejidad de lo que ocurre con los usuarios. Aprendí a intercambiar y exponer aquellas opiniones que considero no generarán más problemas, pero que pueden mantener o ampliar la conversación.

En estos momentos, concibo a la terapia como un proceso en el que todos participan, aportan, construyen y pertenecen, no hay lugares ni discursos privilegiados. Todos los discursos caben y pueden ser posibles. Las familias, parejas, individuos y terapeutas no tienen una verdad o realidad única; todos los puntos de vista, opiniones, experiencias y significados son relevantes y aportan a la construcción de nuevas conversaciones de las que, en algún punto, emergerán las posibles alternativas que son necesarias para originar un cambio. Comparto los planteamientos de



Pakman (2014) quien concibe a la terapia como una conversación que hace del lenguaje el *locus* del cambio terapéutico. En ella pueden ocurrir actos imaginarios alternativos al imaginario social dominante. Tales actos conforman la parte central de los eventos poéticos, los cuales permiten tomar distancia de aquellos guiones estereotipados que nos sujetan. De tal manera que la terapia es una práctica poética, crítica y micropolítica (Pakman, 2010).

Al respecto de la investigación, pude participar en un par de proyectos en colaboración con dos universidades, lo que me dio la oportunidad de trabajar con diferentes estilos para construir un proyecto investigativo. En el primero, la labor se centró en lo cuantitativo, el proceso de construcción del marco teórico sentó algunas bases que fueron ampliadas en el segundo proyecto, el cual se desarrolló desde una postura postmoderna y compleja con el objetivo de generar una propuesta de intervención.

Dichas investigaciones fueron presentadas en la modalidad de cartel en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI), llevado a cabo en Costa Rica. La primera, con el título de “Diferencias en la resiliencia entre familias reconstituidas y familias intactas”, como se mencionó, fue de corte cuantitativo, y la segunda, titulada “Familias en nuevas uniones: reflexiones desde los diálogos generativos, resiliencia, co-evolución y adaptación”, fue la propuesta de intervención. Los diálogos con colegas de otros países acerca de nuestros proyectos me dio la invaluable oportunidad de reflexionar en torno a las múltiples necesidades que se requiere atender en nuestras sociedades tanto en el campo de la construcción del conocimiento como en la práctica psicoterapéutica en Latinoamérica.

Entre las actividades de prevención que se realizaron, participé en un taller para prevenir la violencia en las relaciones de pareja. Este taller se desarrolló en la FES Iztacala; tuvo entre sus asistentes a algunos alumnos de la Licenciatura en Psicología, aparte de otras carreras y exalumnos.

En el aspecto ético vislumbro que además de ser personal, la ética es contextual, relacional y se va transformando de acuerdo con los dilemas que se van presentando en cada proceso terapéutico. Lo importante es tener muy claro que no puede dejarse de lado. Como terapeutas, en muchas ocasiones, vamos a estar ante dilemas que nos exigen respetar la ética de las personas, aunque no estemos de acuerdo, siempre y cuando no cause daño a nadie. Lo anterior es uno de los compromisos sociales que tenemos los terapeutas, además de brindar y hacer llegar la atención terapéutica fuera de los consultorios, tomando en cuenta que hay personas que lo pueden requerir y no cuentan con las condiciones necesarias para asistir a terapia. Otro de los compromisos sociales tiene que ver con la prevención y la investigación de aquellas problemáticas que aquejan a las sociedades contemporáneas.

Para concluir, este proceso de formación resultó fundamental para la construcción de una mirada más humana hacia las personas que acuden a terapia y a las problemáticas que se tratan durante el proceso terapéutico. Ahora considero a la terapia como un espacio que privilegia la conversación y el cambio, en lugar de centrar la atención en la información, las dificultades y las técnicas.

#### **4.2. Reflexión y análisis de la experiencia**

Esta experiencia compartida con mis compañeros, docentes, supervisores, tutora y personas que atendimos ha sido satisfactoria, plena de conocimientos y aprendizajes enriquecedores y significativos.

Con mis compañeros, las reflexiones y el aprendizaje de los conceptos y las teorías se volvían aún más interesantes y a veces hasta divertidos con las discusiones y charlas que manteníamos dentro y fuera del contexto académico. Fui testigo del crecimiento personal de ellos,

quienes de igual manera fueron partícipes y testigos del mío, gracias a la convivencia diaria que lo facilitó.

Adicionalmente a lo anterior, debo reconocer la función de los docentes, encabezados por la Mtra. Desatnik. Su labor como facilitadores de contextos de aprendizaje generó un ambiente de cordialidad, armonía, respeto, responsabilidad, solidaridad y confianza en nosotros. Con ellos, los docentes, pude darme cuenta de cómo el proceso de aprendizaje es un ejercicio que se lleva al ámbito personal. Son ejemplo de congruencia, responsabilidad e interés por hacer de este proceso de formación, una experiencia de vida. Entendí que la relación estudiante–docente no sólo se limita a aprender técnicas, metodologías y teorías, más aún, requiere comprender y encarnar las experiencias que se van generando en este proceso.

A nivel práctico tuve la oportunidad de tener diferentes estilos de supervisión, acordes al modelo con el que se estaba trabajando. El estilo personal que cada uno de los supervisores refleja en su trabajo fue una gran motivación para buscar el mío, pude observar estilos directivos, rigurosos, relajados, tranquilos, sensibles, propositivos, pero que como denominadores comunes tenían el respeto y la confianza hacia nuestra labor terapéutica y el compromiso hacia las personas que recibían la terapia. De igual forma, trato de llevar a la práctica todos los conocimientos que solidariamente compartieron, como la sensibilidad, la paciencia, la curiosidad, la precisión y la congruencia. El papel de los supervisores es vital porque llevan el trabajo de análisis e intervención a un nivel distinto, ya que su experiencia y generosidad para aportar sus conocimientos fortalece y potencia los alcances de la terapia.

Regresando a mis compañeros, pero ahora refiriéndome en específico a mi equipo de supervisión, debo mencionar la importancia de trabajar bajo esta modalidad, ya que favorece la multiplicidad de comprensiones y miradas que se conjugan para abordar el caso en turno. El trabajo

terapéutico se enriquece con las experiencias profesionales y de vida que se comparten en aras de llevar a buen puerto la terapia. El equipo es un apoyo para eliminar, en la medida de lo posible, los lados ciegos del terapeuta, ampliando la visión de los problemas, pero sobre todo de las fortalezas y las capacidades de los usuarios y del terapeuta. Contar en el equipo con cinco mujeres incluyendo a mi tutora, de diferentes edades y vivencias, fue un factor que me ayudó a sensibilizarme y entender la manera en que la diferencia de los géneros aporta visiones que en la soledad de una terapia tradicional no hubieran sido posibles.

La experiencia con los usuarios fue invaluable al participar como un invitado privilegiado y testigo de su transformación. Tuve la oportunidad de trabajar con personas que contaban con familias tan distintas, con características tan particulares y con recursos tan vastos, que el compartir con ellos me motivó a reflexionar acerca de lo beneficioso que sería tener un concepto como el de *configuraciones relacionales significativas* para abordar a todas aquellas familias que no caben dentro de los discursos tradicionales y normativos.

Por otro lado, mi tutora siempre estuvo dispuesta a compartir su experiencia, tuvo la paciencia para escucharme, orientarme y apoyarme en cuanto a mis inquietudes personales, profesionales y de formación. El aporte más significativo para este reporte, además de sus preguntas acertadas y comentarios, fue la confianza que me dio para realizarla de acuerdo con mis intereses. Siempre encontró la palabra precisa y el gesto adecuado para fomentar y llevar a buen término este proceso de formación. Fue capaz de llevarme al límite como supervisora y dio frutos con los casos que atendimos. Permitió una relación que fue más allá de lo académico y se reflejó en algunas de mis transformaciones personales.

En cuanto al Programa de la Residencia puedo decir que está diseñado de tal forma que la práctica como la teoría se entrelazan y hacen de los procesos terapéuticos el campo de cultivo

pertinente para desarrollar las habilidades terapéuticas que se deben aprender. Aun cuando el programa aborda los diversos modelos de terapia familiar, no se limita sólo a ellos, ya que ha incluido temas que se relacionan con el trabajo en redes, la psicología comunitaria, la terapia de pareja, sexualidad, perspectiva de género, entre otros, lo que constituye una oportunidad inmejorable para el crecimiento de sus estudiantes en todos sus ámbitos. Otra cualidad de este programa es el apoyo que les brindan a los estudiantes para desarrollar investigaciones que aporten conocimiento y sean de utilidad para la sociedad.

Mención aparte merece el semestre que tuve la oportunidad de estudiar en la Universidad Santo Tomás, en Bogotá, Colombia, lo cual fue posible gracias a los acuerdos que esta Maestría ha establecido con otras universidades para fomentar el intercambio de conocimientos y el desarrollo profesional de sus estudiantes, atendiendo a la necesidad de una formación que cada vez más requiere de una visión global. Esta experiencia me sirvió para confirmar que la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría de la UNAM se encuentra a la vanguardia y el nivel de formación es el óptimo para cumplir de manera cabal con las labores investigativas, académicas y de atención terapéutica en cualquier lugar de Latinoamérica.

#### **4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional**

En cuanto a las teorías, he podido identificar con qué perspectiva me es más adecuado trabajar, considerando mi epistemología y postura frente a los usuarios, los problemas y la realidad.

Para el caso de las técnicas, pude reconocer que son importantes en tanto tengan sentido con el proceso terapéutico. Las técnicas *per se* no garantizan la eficacia de una terapia, son un complemento, una herramienta que depende de lo particular de cada proceso terapéutico que pueden potenciar el efecto de la terapia. Sin embargo, es fundamental comprender cuáles son los supuestos, la lógica, la epistemología que subyace en cada técnica para poder utilizarla. Por lo

tanto, considero más importante conocer cuál es la epistemología que nos hace sentido como terapeutas para saber cuál es el modelo que tiene sentido con esa epistemología.

El ofrecer terapia en diversos contextos donde los recursos materiales son limitados me permitió dar fe de que los cambios emergen gracias al trabajo y a la participación de los usuarios y los terapeutas, sin importar las condiciones ambientales.

La Maestría ha influido en la forma en la que ahora miro, trato y dialogo con todas las personas. Este cambio ocurrió gracias al reconocimiento de lo fundamental del lenguaje, no sólo comprendiéndolo como un canal de comunicación que permite recabar información, sino como la materia prima para la construcción de la experiencia de vida. Es a través del lenguaje que se crean, comparten y transforman vivencias y significados. El lenguaje de las personas puede obstaculizar o favorecer la construcción de soluciones. Por lo anterior, es primordial tener presente que la forma en la que nos acercamos a las personas, cómo las miramos, cómo conversamos, cómo escuchamos, cómo comprendemos, resulta vital para el proceso terapéutico, pues puede abrir o cerrar posibilidades de cambio.

Gracias a este ejercicio he llegado a reconocer que las familias, incluyendo la mía, son el resultado de las configuraciones que se van construyendo en un proceso compartido por todos los miembros a quienes les hace sentido formar parte de esa configuración. De tal manera que no son sistemas estáticos, ni poseen una estructura predefinida, ni tienen que cumplir determinadas funciones; es decir, es posible transformarlas en forma, sentido, organización, estructura y significado, según quién la esté describiendo y de acuerdo con su experiencia, dentro o fuera de esta *configuración relacional significativa*.

En ese sentido he podido comprender la complejidad y singularidad de cada uno de los miembros de mi familia, además, reconozco el modo en que la participación de todos ha influido

en las transformaciones que se han ido gestando en el transcurso de las experiencias. Al mismo tiempo, me di cuenta de que la mirada que tenía acerca de la familia no me permitía comprender a la mía desde un lugar diferente, por ende, los discursos y significados que elaboraba alrededor de ella nunca cambiaban. Ahora entiendo, y acorde a mi propuesta, que cada uno participa o no de la manera en que considera que puede hacerlo en cada familia. Cada uno tiene la capacidad de decidir quién o quiénes son su familia. Cada uno es responsable de la manera en que significa a los demás miembros de su familia pero depende también de cómo los otros lo significan a él.

En el tema de pareja, mi experiencia en la Maestría ha reafirmado mis ideas acerca de que las relaciones que se van configurando gracias a los intereses comunes y al reconocimiento del otro como alguien significativo, sin darle más importancia que la necesaria a la historia personal de cada uno. En mi caso estoy en una relación de pareja con una mujer que tiene un hijo y nuestra *configuración relacional significativa* no está influenciada por ideas tradicionales que plantean a la mujer como necesitada de una pareja que sirva de imagen paterna o que apuntan a que yo debo cumplir el rol del padre. Estas características podrían definirnos como una familia reconstituida sin embargo no considero que se reconstituya nada, en cambio, se construye una nueva configuración con nuevas estructuras, acuerdos y significados. No partimos del déficit o de lo que no hay, sino de la esperanza de mantenernos juntos en el mejor de los mundos posibles.

Los otros contextos en los que mi transformación también se ha hecho presente son la terapia y mi trabajo como docente universitario. Como terapeuta aún sigo en un proceso de transformación, dejando atrás aquellas posturas y aprendizajes en las que la experticia y la objetividad tienen sentido. Estoy trabajando en mantener la horizontalidad en la relación terapéutica y dar relevancia a la experiencia del consultante como un eje generativo de sentido y significado que favorece una amplia gama de posibles soluciones.

Finalmente, como docente universitario también ha cambiado mi perspectiva de la relación docente–estudiante–aprendizaje. Al igual que en un proceso terapéutico, es importante mantener una mirada compleja que integre un lenguaje generativo y esperanzador, en el que la experiencia de los estudiantes sea reconocida. Además, co-construir con los estudiantes un espacio donde la conversación genere sentidos, transforme experiencias y permita la inclusión y emergencia de múltiples discursos que enriquezcan los aprendizajes.

En general, este proceso de formación me ha dado la oportunidad de mirar y comprender a las personas y a mí mismo desde una mirada más generativa y compleja, en la que la confianza y el respeto permiten establecer un vínculo potente, eficaz, donde todas las miradas, mundos y discursos son posibles.

El camino que he recorrido durante toda mi formación como psicólogo y ahora como terapeuta familiar ha estado enmarcado por la idea utópica de participar de alguna manera en la transformación de la vida de las personas, en la construcción de una mejor sociedad, en ayudar a que todas las personas que asistan a la terapia encuentren en ella todo aquello que les permita vivir en el mejor de los mundos posibles. Cuando hablo de utopía ahora la comprendo, como lo menciona Eduardo Galeano (2003) en su texto *Ventana sobre la Utopía*:

Ella está en el horizonte -dice Fernando Birri-. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar. (p.230)



## Referencias

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos sobre los diálogos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu editores.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia desde dentro. En G. Limón. (Comp.), *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas* (pp. 59-68). México: Editorial Pax.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee. y K. Gergen. (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-60). Barcelona, España: Paidós.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Ediciones Paidós ibérica, S.A.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona, España: Paidós.
- Beyebach, M. (1999). *Introducción a la terapia centrada en soluciones*. En: *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca, España: Amarú.
- Beyebach, M. (2014) La terapia familiar breve centrada en soluciones. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia familiar sistémica: principios y herramientas de intervención* (pp. 449 – 480). España: Desclée de Brouwer.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. y Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En G. Limón. (Comp), *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas* (pp. 1- 28). México: Editorial Pax.

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2005) La terapia sistémica de Milán. En A. Roizblatt. (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 226 – 245). Montevideo: Mediterráneo.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica: diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica. Vol. 1*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. España, Paidós.
- Ceberio, R. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona, España: Herder.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares* año 5 No.1 (pp. 9 – 17)
- Cecchin, G. Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona, España: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Desatnik, O. (2013). Representaciones sociales de terapeutas en formación sobre la relación terapéutica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 16 Núm. 1. (pp. 176 – 188)  
Recuperado el 11 de octubre de 2018, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art11.pdf>
- Duque, R. (2017). *La investigación como biosfera autoorganizada: diálogos entre psicología clínica, ciencias de la complejidad y estética de los mundos posibles*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. Chile: Lom Ediciones S.A.

- Engels, F. (2000) El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de [https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el\\_origen\\_de\\_la\\_familia.pdf](https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf)
- Espinosa, R. (2010). Familias y diversidad. En C. Mondragón, C. Avendaño, C. Olivier y J. Guerrero (Coords.), *Saberes de la psicología: entre la psicología y la práctica. Vol. II.* (pp. 241 - 256). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios superiores Iztacala.
- Espinosa, R. (2012). Desafíos y fortalezas en familias latinoamericanas. En J. Vázquez (Coord.), *Perspectiva psicosocial: aproximaciones históricas y epistemológicas e intervención.* (pp. 149 – 172). México: Editorial Ítaca.
- Fisch, R. y Shlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes.* Barcelona, España: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: como abreviar la terapia.* Barcelona, España: Herder.
- Fried Schnitman, D. (1996) Hacia una terapia de lo emergente: construcción, complejidad y novedad. En S. McNamee. y K. Gergen. (Comps.), *La terapia como construcción social.* (pp. 253 – 274). Barcelona, España: Paidós.
- Furstenberg, F. (2003). El cambio familiar estadounidense en el último tercio del siglo XX. En *Nuevas formas de familia: perspectivas Nacionales e internacionales.* (pp. 11–36). UNICEF – UDELAR, Uruguay. Recuperado el 20 de septiembre de 2017 de [http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro\\_familia.pdf](http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf)
- Galeano, E. (2001) *Las palabras andantes.* Buenos Aires, Argentina: Catálogos S.R.L.

- García, B. y De Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: El colegio de México, Centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales.
- García, F. (2013). *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Garrido, E. (2008). Entre la historia y la lengua. Recuperado el 3 de febrero del 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2757402>.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. España: Paidós.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. Recuperado el 19 de noviembre de 2017 de [http://www.researchgate.net/profile/Kenneth\\_Gergen/publication/255645388\\_LA\\_TERAPIA\\_COMO\\_UNA\\_CONSTRUCCION\\_SOCIAL\\_DIMENSIONES\\_DELIBERACIONES\\_Y\\_DIVERGENCIAS/links/00463535ed7d1c0acc000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Gergen/publication/255645388_LA_TERAPIA_COMO_UNA_CONSTRUCCION_SOCIAL_DIMENSIONES_DELIBERACIONES_Y_DIVERGENCIAS/links/00463535ed7d1c0acc000000.pdf)
- Hernández, A. (2009). *Un horizonte para contemplar las transformaciones de la familia en la contemporaneidad*. Sinapsis, Universidad Santo Tomás, ICBF. Bogotá.
- Hernández, A. (2005). La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. Vol. 3 Núm. 1. Recuperado el 4 de agosto del 2018 de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/307>
- Ibarra, A. (2014). Formas colaborativas de habla en la supervisión: Una mirada desde la Psicología Discursiva. *International Journal of Collaborative Practice* 5(1), (pp. 117-137).

- Recuperado el 26 de enero de 2018 de [https://ijcp.files.wordpress.com/2014/10/ibarra\\_spanish\\_5.pdf](https://ijcp.files.wordpress.com/2014/10/ibarra_spanish_5.pdf)
- Ibarra, A. (2014) Prácticas de argumentación en una comunidad de terapeutas: la construcción de un dilema. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 15, No 3. Recuperado el 26 de enero de 2018 de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2184/3723>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2017). *Anuario estadístico 2015*. Recuperado el 28 de marzo de 2018 de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2015.html#cap1>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2017). *Anuario estadístico 2016*. Recuperado el 28 de marzo de 2018 de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2016.html#cap1>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Cuéntame*. Recuperado el 13 de octubre del 2017 de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Cuéntame*. Recuperado el 13 de octubre del 2017 de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?tema=me&e=15>
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Limón, G. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En G. Limón. (Comp.), *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. (pp. 29- 48). México: Editorial Pax.

- Linares, J. y Ortega, J. (2008). *Terapia familiar: aprendizaje y supervisión*. México: Editorial trillas.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica, el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Editorial Gedisa, S.A.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2015). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M. y Lee, W. (2014). *Evaluación de familias y parejas: del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familia sistémica*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juriss*. Vol. 10. Nº 1. Enero – Junio (pp.11-20). Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pakman, M. (2014). *Texturas de la imaginación: más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. España: Paidós.
- Real Academia Española. (2018). Configuración. Edición Tricentenario. rae.es. Recuperado el 30 de mayo de 2018 de <http://dle.rae.es/?id=AFNTrP2>
- Real Academia Española. (2018). Relación. Edición Tricentenario. rae.es. Recuperado el 30 de mayo de 2018 de <http://dle.rae.es/?id=VoYtQP9>

- Real Academia Española. (2018). Significativo. Edición Tricentenario. rae.es. Recuperado el 30 de mayo de <http://dle.rae.es/?id=XrX383G>
- Schaefer, H. (2013). La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales. F. García (Ed.), *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones*. (pp. 29-62) Santiago de Chile: RIL editores.
- Secretaria Distrital de Planeación (2017). *Reloj de población*. Recuperado el 2 de abril de 2018 de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/RelojDePoblacion>
- Selvini – Palazzoli; M. Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1980). Hipotetización, Circularidad, Neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión *Family Process*, 19: 3 – 12.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona, España: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. *Sistemas familiares* (3) pp. 65 – 70.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2017). Portal de estadística universitaria. *Series estadísticas UNAM 2000-2017*. Recuperado el 7 de mayo de 2018 de: [http://www.estadistica.unam.mx/series\\_inst/](http://www.estadistica.unam.mx/series_inst/)
- Universidad Nacional Autónoma de México (2018). *Segundo informe de actividades: FES Iztacala 2016 – 2020*. Recuperado el 10 de febrero de 2019 de: <http://www.planeacion.unam.mx/informes/PDF/FESI-2017-2018.pdf>
- Von Glasersfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Pakman. (Ed.), *Construcciones de la experiencia humana. Volumen I*. Barcelona, España: Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D (1985). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, España: Editorial Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona, España: Editorial Herder.

White, M (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.