



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNA MIRADA SISTÉMICA A LOS CAMBIOS EN LA
DINÁMICA FAMILIAR DERIVADOS DEL CONFINA-
MIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

HAIDE NATALY ESPARZA SÁNCHEZ

DIRECTORA: MTRA. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA



CIUDAD DE MÉXICO, 2021



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.

ÍNDICE

Agradecimientos	01
1. Resumen	03
2. Introducción	04
3. Marco teórico	08
3.1 La enfermedad COVID-19	08
3.1.1 Síntomas de la COVID-19	09
3.1.2 Medidas para mitigar la propagación de COVID-19	11
3.1.3 El confinamiento en México	12
3.2 La terapia familiar sistémica	15
3.2.1 Origen de la terapia familiar	15
3.2.2 La terapia familiar en México	21
3.3 Conceptos básicos de la terapia familiar sistémica	23
3.4 El sistema familiar y su importancia	25
3.5 Relevancia de la teoría de sistemas y la cibernética en terapia familiar	28
3.6 Postulados principales de la terapia familiar sistémica	30
3.7 El ciclo vital familiar	34
3.8 Las sesiones en terapia familiar sistémica	36
3.8.1 Esquema de entrevista familiar del Grupo de Milán	41
3.8.2 La entrevista inicial en terapia familiar	44
3.8.3 La entrevista interventiva en terapia familiar	46
3.9 El uso del genograma en terapia familiar	50
3.9.1 La construcción del genograma	52
4. Método	55
4.1 Participantes	55
4.2 Diseño	57
4.3 Procedimiento	58

5. Resultados.....	60
5.1 Datos de los subsistemas.....	60
5.2 Descripción de la dinámica familiar previa al confinamiento	61
5.3 Descripción de la dinámica familiar posterior al confinamiento	64
6. Discusión	68
6.1 Análisis de resultados.....	68
6.2 Conclusiones	73
7. Anexos.....	75
7.1 Anexo 1.....	75
7.2 Anexo 2.....	77
8. Referencias.....	79

Agradecimientos

A mis padres, Alberto y Clementina, quienes me han brindado su cariño, han sido mi pilar y apoyo a lo largo de mi desarrollo tanto personal como académico.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y al Sistema de Universidad Abierta, por abrirme sus puertas, por su constante exigencia académica, por brindarme la libertad de generar mi propio conocimiento, y sobre todo por su resistencia frente a los intentos del medio por convertir a los sujetos en autómatas y en mercancía, en técnicos, engranajes al servicio de la clase dominante.

Al pueblo de México, gracias al cual existe y resiste la universidad. A los movimientos estudiantiles, conformados por el alumnado que defiende las causas justas, el pensamiento crítico y a la universidad.

A la Universidad Autónoma Metropolitana y a la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, sin las cuales nunca habría despertado mi pensamiento crítico y mi conciencia social; así como mi entendimiento de la importancia de lo filosófico, lo sociológico, antropológico y psicoanalítico.

Al profesorado de la Facultad de Psicología de la UNAM, quienes depositan sus conocimientos filosóficos, científicos y psicológicos en el alumnado; particularmente a quienes fueron pieza clave en el desarrollo de mi entendimiento del sujeto y de las problemáticas: al Dr. Alfredo Guerrero Tapia, sin cuyo interés por lo social y el impacto de lo económico en el sujeto, habría perdido mi conciencia social y mi pensamiento crítico; a la Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez, por recordarme la importancia de lo social, lo cultural e incluso lo poético en el sujeto; al Dr. Carlos Augusto Albuquerque, sin cuyos conocimientos sobre lo psicoanalítico mi panorama no se habría abierto por completo y nunca habría recuperado mi interés por entender el discurso propio del

sujeto; y especialmente a la Mtra. Esther González Ovilla, por su nivel de entrega a la docencia, así como de exigencia, sin lo cual no habría entendido la clínica ni la importancia de un análisis holístico de los casos. Además de haber creído en mi capacidad para desarrollar el presente e interesarse genuinamente por el desarrollo del mismo, a través de sus detalladas revisiones.

A mi revisora, la Mtra. María Antonia Carbajal Godínez y al sínodo, por su participación en el presente, así como por sus puntuales comentarios y sugerencias: la Dra. Noemí Díaz Marroquín, la Dra. Marisol de Diego Correa y la Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez, a quien he mencionado anteriormente.

1. Resumen

El propósito de este estudio fenomenológico es describir de manera somera los cambios en la dinámica familiar de una familia nuclear, derivados del confinamiento decretado por la pandemia de COVID-19; así como lograr comprender dichos cambios desde los postulados de la terapia familiar sistémica. Respecto a la composición de la muestra, se trata de una familia conformada por tres personas de sexo femenino, provenientes y radicadas en la República Mexicana. Como instrumento de recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, así como la observación. Podemos definir la dinámica familiar como el tipo de relaciones establecidas entre los miembros del sistema familiar, a partir de la interacción.

Palabras clave: COVID-19, Terapia familiar sistémica, Dinámica familiar

2. Introducción

El presente escrito pretende tomar como base los planteamientos de la terapia familiar sistémica, para describir, analizar y entender los cambios acaecidos en la dinámica familiar, provocados a raíz del confinamiento que se dio en México desde el 23 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo del mismo año (y el cual continuó en diversos sectores poblacionales, mientras que en otros dio fin). En otras palabras, se hace un estudio somero de las transformaciones en la interacción y desenvolvimiento de la familia, derivadas del confinamiento decretado por la pandemia de COVID-19, bajo la visión de terapia familiar sistémica.

Como hasta ahora se sabe, la COVID-19 es una enfermedad infecciosa, que fue descubierta recientemente, a finales del año 2019, la cual proviene de los Coronavirus, y cuyos síntomas son tos, fiebre, cansancio, entre otros. Debido a lo reciente de la misma, el desconocimiento de algunas de sus consecuencias, su comportamiento, así como de su cura, se dio un avance en su propagación, así como el agravamiento de sus síntomas en algunos sujetos. Por esta razón, la COVID-19 fue declarada como pandemia el día 11 de marzo del 2020 (DOF: 31/03/2020), por lo que se emitieron diversas recomendaciones y se tomaron medidas mundiales para evitar que continuara su propagación, al tiempo que se realizaban estudios de esta enfermedad.

Fue así que, con el objetivo de frenar dicha propagación en México, se decretó la denominada Jornada Nacional de Sana Distancia, desde el 23 de marzo hasta el 30 de abril del 2020 (Dirección General de Promoción de la Salud [DGPS], 2020), la cual implicó el cese de diversas actividades no esenciales en los sectores público, social y privado. Lo anterior, trajo consigo la modificación de la interacción familiar, ya que supuso el confinamiento de algunos o todos los miembros que conforman al sistema familiar obligándolos a adaptarse a una nueva rutina al tener que modificar sus actividades diarias.

De ahí la relevancia de la terapia familiar sistémica para analizar este fenómeno a través de sus postulados, dado que ésta estudia la totalidad del funcionamiento familiar,

es decir, la forma en que interactúan los miembros del sistema. Asimismo, hace énfasis en la importancia de la modificación recíproca entre los elementos que la conforman. Por lo tanto, uno de sus objetivos es transformar la organización y la “estructura del sistema de significados preexistente de la familia” (Tom, 1987b, p. 21) mediante el uso de técnicas que alteren “el contexto inmediato de las personas” (Minuchin, 2004, p. 36). Es así que, al darse un cambio en el contexto familiar y la forma en la que se desenvuelven las vidas de los subsistemas que constituyen al sistema familiar, se da una transformación en dicho sistema, y, por lo tanto, en la dinámica familiar. Puesto que, como planteaban Parsons y Bales (1955, como se citó en Andolfi, 1991), las unidades del sistema familiar están vinculadas de tal modo que cuando se da un cambio de estado en una unidad le sigue un cambio en las demás unidades.

Por lo anteriormente mencionado, el presente escrito espera dar un panorama general de los cambios en la dinámica familiar, generados a partir del confinamiento. Desde mi perspectiva, el tema que se estudia, puede ser considerado una novedad en sí mismo, puesto que es una temática vigente, ya que aún “no existe ningún medicamento autorizado para tratar o prevenir la COVID-19” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020c) y por lo tanto las familias siguen teniendo que adaptarse. Además de que la ocurrencia de una pandemia es algo excepcional, y se trata de la primera en la historia proveniente de los Coronavirus (INFOSALUS, 2020).

Ahora bien, además de presentar un panorama general de la COVID-19, así como de la terapia familiar sistémica, mediante datos de carácter documental, se hace una confrontación directa con los hechos a través del método cualitativo. Es decir, se obtuvieron datos primarios a través de la realización de un estudio no experimental de corte transversal con un alcance explicativo, con un diseño fenomenológico. Respecto a la muestra, se compuso de participantes voluntarios, esto es, tres integrantes de una familia mexicana, de 15, 24 y 52 años de edad, todos del sexo femenino. Se utilizó el muestreo no probabilístico, y como método de recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada con una duración de hora y media, la cual contempló una guía de asuntos y preguntas. Misma que se adaptó para introducir preguntas adicionales, en

caso de considerarse necesaria la obtención de más información; además de ello, se hizo uso de la observación.

Con respecto a los motivos que me llevaron a escoger este tema, me parece que son diversos, el primero se debe a que la pandemia de COVID-19 es un suceso histórico actual de relevancia mundial, ya que está siendo experimentado por varios sectores de diversas naciones, esto es, ha afectado globalmente. Debido a lo anterior, considero que es crucial, profundizar en su estudio de la manera más pronta posible, para con ello lograr entender las implicaciones y consecuencias de este suceso, además de abordar las situaciones que así lo requieran. A manera de ejemplo, en México (lugar donde se centra el presente estudio), para el día 29 de octubre del 2020, se reportaron un estimado de [ver anexo 1] 1, 061,692 casos positivos; 105, 893 defunciones positivas; 52,032 activos positivos. Mientras que se reportaron 912, 811 casos confirmados acumulados; 350, 727 sospechosos acumulados; 90, 773 defunciones acumuladas; 668, 667 recuperados; y 30, 210 casos activos (Gobierno de México, 2020a). Es importante señalar que los casos activos son “aquellos positivos a SARS-CoV-2 con fecha de inicio de síntomas en los últimos 14 días. Las defunciones de casos activos se consideran parte de los casos activos, porque, desde una perspectiva poblacional, contribuyeron a la transmisión del virus” (Gobierno de México, 2020a); mientras que los casos recuperados son “todos aquellos positivos a SARS-CoV-2 no hospitalizados, con fecha de inicio de síntomas con más de 14 días y sin fecha de defunción” (Gobierno de México, 2020a).

Aunado a lo anterior, de manera personal, está el hecho de que he sido parte de tal confinamiento, he experimentado cambios en mi dinámica familiar, mismos que he observado tanto en personas ajenas como cercanas. Asimismo, mucho se ha escuchado en diversas fuentes que nos rodean, acerca de la existencia de cambios familiares derivados de este suceso. El confinamiento por la pandemia de COVID-19 significó muchas cosas, algunas de ellas (para quienes fuimos afortunados) el quedarse en casa todo el tiempo, el rompimiento de planes, el adaptarse a una nueva rutina, modificar hábitos de higiene, no ver ni tener contacto físico con seres queridos para no correr el riesgo de exponerse ni exponerlos al virus, etcétera. Mientras que para otros significó la

llegada de la enfermedad o la pérdida total de la salud, así como al no poder ser parte del confinamiento, la pérdida del empleo o fuente de ingresos, la pérdida de seres queridos, la pérdida de certeza alguna.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, se hace visible el hecho de que este confinamiento implicó cambios importantes en la vida de muchas personas. Dicho de otro modo, se dio una transformación en el contexto, lo que, a su vez, implicó una modificación tanto en diversos sistemas como subsistemas. Con ello, la necesidad de una readaptación al contexto que, si bien para algunos pudo no haber cambiado radicalmente ni afectado su vida, para muchos otros sí lo hizo. Incluso me atrevería a decir que estos sucesos, este cambio en el contexto con su consecuente adaptación, marcará un antes y un después en el mundo. Cuyo después aún no alcanzamos a divisar, pero que nos corresponde estudiarlo, entenderlo, para así apoderarnos de ello y realizar intervenciones eficaces en beneficio de las colectividades.

Es así que los objetivos de este trabajo son conocer las diversas repercusiones del ya mencionado confinamiento, tanto en el ámbito de lo psicológico como en otros terrenos. Cabe aclarar, que el presente estudio se limita a ser explicativo, mas no a intervenir en el fenómeno estudiado, sin embargo, se espera que posteriormente se desarrolle el tema en términos de intervención. Sobre lo cual, es importante señalar que, aunque no se explicita una propuesta interventiva, se obvia el hecho de que, debido al enfoque utilizado en el presente estudio, la terapia familiar sistémica puede ser utilizada como medio para ello.

3. Marco teórico

3.1 La enfermedad COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa, que era desconocida antes de que estallara un brote de la misma en Wuhan, provincia de Hubei en China (OMS, 2020a), el cual fue notificado el 31 de diciembre de 2019 (OMS, 2020a). Debido a sus niveles de propagación, así como a la gravedad de sus síntomas, esta enfermedad fue catalogada como epidemia, y para el 30 de enero de 2020 fue declarada como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por la OMS (2020f). Para comprender mejor, una epidemia es la ocurrencia “de casos de una enfermedad, comportamientos específicos relacionados con la salud u otros eventos relacionados con la salud claramente superiores a lo que normalmente se puede esperar” en una comunidad o región (Universidad Internacional de Valencia, 2018, párr. 7). Acto seguido, el día 11 de marzo del mismo año, fue declarada como pandemia (DOF: 31/03/2020), es decir, como “una epidemia que ocurre en un área muy amplia, que cruza las fronteras internacionales y que generalmente afecta a un gran número de personas” (Universidad Internacional de Valencia, 2018, párr. 10).

Ahora bien, esta enfermedad proviene de los coronavirus (CoV), los cuales son una vasta familia de virus (OMS, 2020b), cuyo nombre se debe a que lucen como una corona, ya que se caracterizan por tener picos sobre su superficie (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020). Estos pueden provocar enfermedades tanto en animales como en seres humanos, en estos últimos causan infecciones respiratorias que van desde el resfriado común hasta otras más graves (OMS, 2020a). Los coronavirus humanos (hCoV) fueron identificados por primera vez a mediados de 1960 (INSP, 2020), y eran considerados “globalmente endémicos” (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [CCINSHAE], 2020), p.4). Conviene

subrayar, que una endemia es “la presencia constante o la prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso en poblaciones humanas dentro de un área geográfica determinada” (Secretaría de Salud, 2019). Es así que las infecciones causadas por hCoV solían ser consideradas leves, hasta las epidemias de Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012 y del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS-CoV) o SARS por sus siglas en inglés, en 2002, las cuales provocaron una tasa alta de mortalidad en los países afectados (CCINSHAE, 2020).

Tanto el SRAS como el MERS fueron incluidos en la lista de enfermedades prioritarias, realizada por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2018), debido a una revisión anual en el año 2018. En dicha lista se incluyeron las afecciones con “potencial para causar una emergencia de salud pública y la ausencia de fármacos y/o vacunas” (WHO, 2018, p.2)¹, por lo cual se consideraba una necesidad urgente acelerar su investigación (WHO, 2018).

3.1.1 Síntomas de la COVID-19

De acuerdo con la OMS (2020c), los síntomas más comunes de la COVID-19 son: fiebre, tos seca, cansancio, aunados a otros menos frecuentes, tales como dolores y molestias, dolor de cabeza, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o el olfato, erupciones cutáneas o cambio de color en dedos de manos y pies. Es importante señalar que la mayoría de las personas se recuperan de esta enfermedad sin tratamiento hospitalario, aproximadamente el 80% (OMS, 2020b). Mientras que alrededor de una de cada cinco personas presenta un cuadro grave y padece dificultades para respirar, en particular quienes se encuentran en una edad mayor y/o padecen afecciones médicas previas, como lo son: diabetes, cáncer, hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares (OMS, 2020b).

Por lo que se refiere a su propagación, la Organización Mundial de la Salud planteó el día 29 de marzo del 2020, en su reseña científica intitulada “Vías de transmisión del

¹ Traducción propia, tomado del texto en idioma inglés.

virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones” (2020d), que dicho virus se transmite entre seres humanos. Es decir, una persona puede contraer el virus de manera directa, al tener contacto cercano con otra infectada (a menos de un metro de distancia), principalmente, a través de las gotículas despedidas por la nariz o la boca de la persona infectada al hablar, toser o estornudar (OMS, 2020d). Esto “debido al riesgo de que las mucosas (boca y nariz) o la conjuntiva (ojos) se expongan a gotículas respiratorias que pueden ser infecciosas” (OMS, 2020d, párr. 2). Otra forma de contagio es la indirecta, al tener contacto con superficies que se encuentren en el entorno inmediato o con objetos que haya utilizado una persona infectada. Es así que cuando las gotículas de esta última caen sobre los objetos y superficies que la rodean, se corre el riesgo de que quien no esté infectado, contraiga el virus al tocar su boca, nariz u ojos (OMS, 2020d). Asimismo existe la transmisión aérea del virus, que se refiere a la propagación de un agente infeccioso causada por la diseminación de aerosoles que continúan siendo infecciosos cuando permanecen suspendidos en el aire por largo tiempo y largas distancias (WHO, 2020). Esta puede ser posible en:

circunstancias y lugares específicos en que se efectúan procedimientos o se administran tratamientos que pueden generar aerosoles (por ejemplo, intubación endotraqueal, broncoscopia, aspiración abierta, administración de un fármaco por nebulización, ventilación manual antes de la intubación, giro del paciente a decúbito prono, desconexión del paciente de un ventilador, ventilación no invasiva con presión positiva, traqueostomía y reanimación cardiopulmonar. (OMS, 2020d)

Empero, es importante señalar que el día 9 de julio del 2020, la Organización Mundial de la Salud (WHO) publicó una reseña científica, que se planteó como una actualización de la publicada el 29 de marzo del 2020. Es importante aclarar que dicha actualización no fue una revisión sistemática, sino una revisión rápida de otras publicaciones, por lo cual se recomendó interpretar tal información con precaución, debido a la falta de revisión por pares (WHO, 2020). En esta se plantea que la OMS, en conjunto con la comunidad científica, discutió si el SARS-CoV-2 puede ser propagado a través de aerosoles en ausencia de los llamados “procedimientos que generan aerosoles” (como los men-

cionados anteriormente). Debido a que algunos reportes sobre espacios cerrados, particularmente aquellos atestados de gente e inadecuadamente ventilados por periodos prolongados de tiempo, han sugerido la posibilidad de dicha forma de transmisión, combinada con la transmisión por gotículas; como por ejemplo: en restaurantes, clases de *fitness* y prácticas corales. Sobre lo anterior, se han generado hipótesis que sugieren la posibilidad de que algunas gotículas (generadas por el habla y la respiración normal) produzcan aerosoles microscópicos a través de la evaporación. Debido a ello, una persona susceptible podría inhalarlos y contagiarse, si estos contienen el virus en cantidad suficiente para causarle infección, sin embargo, aún no se sabe cuál es la cantidad requerida para ello (WHO, 2020).

Además de los modos de contagio ya señalados, es importante mencionar que aunque diversos perros, gatos domésticos y tigres han obtenido resultados positivos en las pruebas de detección de la COVID-19, posterior a su contacto con humanos infectados, no existen datos que prueben que dichos animales puedan transmitir la enfermedad al ser humano (OMS, 2020b). Sin embargo, en el caso de visones criados en granjas, probablemente infectados por sus cuidadores, se han encontrado los primeros casos de transmisión del animal al ser humano (OMS, 2020b).

3.1.2 Medidas para mitigar la propagación de COVID-19

La pandemia de COVID-19 sometía a los sistemas sanitarios de todo el mundo a una gran presión por el acelerado aumento de la demanda “a la que se [enfrentaban] los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud [lo que amenazaba] con sobrecargar algunos sistemas sanitarios e impedir su funcionamiento eficaz” (OMS, 2020e, párr. 1). Debido a ello, diversos países tomaron medidas para evitar la propagación de la enfermedad y los riesgos que esta conllevaba, algunas de las cuales fueron el aislamiento, la cuarentena, además del distanciamiento físico. El aislamiento significó la separación de las personas enfermas con síntomas de COVID-19; mientras que la cuarentena fue la restricción de actividades o el separar a quienes no estaban enfermos, pero que pudieron haber estado expuestos a este. El distanciamiento fue la separación

física, sobre la cual, la OMS recomendó mantener una distancia de al menos un metro entre individuos, incluso si el sujeto se encuentra sano y no ha estado expuesto al virus (OMS, 2020b).

De hecho, la OMS publicó diversas directrices sobre “planificación operacional para equilibrar las exigencias de la respuesta directa a la COVID-19 con la necesidad de seguir prestando servicios sanitarios esenciales y mitigar el riesgo de colapso del sistema” (OMS, 2020e, párr.4). Lo cual abarcaba medidas para que los países consideraran a escala nacional, regional y local, con el objetivo de reorganizar y mantener el acceso a “servicios sanitarios esenciales de calidad para toda la población” (OMS, 2020e, párr. 4). Asimismo, cada país determinaría a qué servicios esenciales daría prioridad (como la vacunación sistemática, servicios de salud reproductiva, tratamientos de enfermedades mentales, tratamientos hospitalarios críticos, problemas de salud urgentes, entre otros). Para con ello, lograr “mantener la continuidad de la prestación de servicios e introducir cambios estratégicos para garantizar que unos recursos cada vez más limitados [proporcionasen] el máximo beneficio a la población” (OMS, 2020e, párr. 5). Lo anterior a la vez que cumplieran con las precauciones de manera precisa, especialmente en cuanto a las prácticas de higiene y la suministración de equipo de protección personal necesario. Cuestión que requería tanto una planificación sólida como “una actuación coordinada entre los Gobiernos y los establecimientos sanitarios y sus gerentes” (OMS, 2020e).

3.1.3 El confinamiento en México

Fue así que, con el objetivo de mitigar y controlar “los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2” (DOF: 24/03/2020), el Consejo de Salubridad General acordó el día 19 de marzo de 2020 reconocer la epidemia de COVID-19 en México como “una enfermedad grave de atención prioritaria” (DOF: 24/03/2020). Asimismo acordó que la Secretaría de Salud establecería las medidas necesarias para prevenir y controlar dicha epidemia. Por ello, el día 24 de marzo de 2020, se emitió un

acuerdo en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en el que se establecieron las medidas preventivas para controlar los riesgos de esta enfermedad (DOF: 24/03/2020). En el cual se explicitó que se entenderían por medidas preventivas “aquellas intervenciones comunitarias definidas en la ‘Jornada Nacional de Sana Distancia’” (DOF: 24/03/2020), misma que dio inicio el día 23 de marzo del mismo año. Lo cual disminuiría el número de contagios de persona a persona, “permitiendo además que la carga de enfermedad esperada no se [concentrase] en unidades de tiempo reducidas, con el subsecuente beneficio de garantizar el acceso a la atención médica hospitalaria para los casos graves” (DOF: 24/03/2020).

Asimismo, se estipuló en el artículo segundo del Diario Oficial de la Federación, que los sectores público, privado y social debían poner en práctica medidas preventivas. Mismas que constaban en evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y lugares concurridos a grupos de personas en riesgo de desarrollar enfermedad grave y morir, así como a personas con algún padecimiento o tratamiento que generase supresión del sistema inmunológico (DOF: 24/03/2020). Del mismo modo, se planteó la suspensión tanto de eventos masivos como reuniones o congregaciones de más de 100 personas, además de las actividades escolares, las actividades “de los sectores público, social y privado que [involucrasen] la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas” (DOF: 24/03/2020). En cuanto al sector privado, se estipuló la continuación de las empresas, negocios y establecimientos mercantiles que fueran necesarios para hacer frente a la contingencia, como lo son:

hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicios médicos, financieros, telecomunicaciones, y medios de información, servicios hoteleros y de restaurantes, gasolineras, mercados, supermercados, misceláneas, servicios de transportes y distribución de gas, siempre y cuando no correspondan a espacios cerrados con aglomeraciones. (DOF: 24/03/2020)

Fue así que a partir de la anteriormente mencionada, Jornada Nacional de Sana Distancia (JNSD), decretada desde el 23 de marzo hasta el 30 de abril del 2020 (DGPS, 2020), y extendida hasta el 30 de mayo del mismo año (Gobierno de México, 2020b), se dio la suspensión temporal de actividades no esenciales (Secretaría de Salud, 2020). Por ello, desde esa fecha se dio un receso escolar, se suspendió el trabajo en diversas

oficinas y algunas otras optaron por hacer uso del llamado *home office*, se hizo el cierre temporal tanto de negocios como de servicios que no fueran de primera necesidad, tales como centros comerciales, bares y antros, restaurantes y cafeterías (los cuales sólo ofrecieron servicio para llevar), teatros, cines, tiendas de cosméticos, tiendas de ropa, estéticas, entre otros. Posteriormente, el día 29 de mayo de 2020, se establecieron los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas, que se aplicarían a todos los centros de trabajo con el objetivo de “lograr un retorno o la continuidad de las actividades laborales seguro, escalonado y responsable” (DOF, 29/05/2020). Para ello, se planteó la Estrategia de Continuidad o Retorno a las Actividades, misma que constó de tres etapas, la tercera de ellas denominada “La Nueva Normalidad”, dio inicio el primer día de junio de 2020. Esta Nueva Normalidad implicó la reapertura socioeconómica “mediante un sistema de semáforo de riesgo epidemiológico semanal por regiones” (DOF, 29/05/2020). El cual plantearía el nivel de alerta sanitaria, además de las actividades autorizadas “para llevarse a cabo en los ámbitos económico, laboral, escolar y social” (DOF, 29/05/2020). Sin embargo, para poder reiniciar operaciones, se debían seguir determinados lineamientos con el objetivo de evitar los contagios de COVID-19, mismos que fueron establecidos en el DOF: 29/05/2020.

3.2 La terapia familiar sistémica

3.2.1 Origen de la terapia familiar

La terapia familiar se pronuncia como una disciplina con fundamentos teóricos a finales de 1930, esto es, se independiza de especialidades como la psicología y la psiquiatría; este movimiento inicia en Alemania entre 1929 y 1932 con Magnus Hirschfeld. Tal autor, se encontraba realizando estudios de la familia, mientras que en Estados Unidos (en 1930), Paul Popenoe abrió la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares en Los Ángeles. Estos personajes, así como Abraham y Hannah Stone durante 1949, quienes trabajaron independientemente en distintos lugares de Estados Unidos, fueron pioneros de la terapia familiar, además de la Dra. Emily Mudd, quien en 1932 estableció esta práctica en Filadelfia, y en 1939 fue la primera en desarrollar un programa de evaluación (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Es importante señalar otros nombres relevantes de pioneros o aportadores principales en la terapia familiar, tales como Nathan Ackerman, John Bowlby, Salvador Minuchin, Don D. Jackson, Murray Bowen, Lyman C. Wynne, Carl Whitaker, Jay Haley, Paul Watzlawick, John H. Weakland, Christian F. Midelfort, Israel Zwerlin, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata, Theodore Lidz, Robert McGregor, Agnes Ritchie, entre otros (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Fue así que en este periodo, como se ha dicho, diversos terapeutas entrevistaron al grupo familiar de manera independiente, con el objetivo de obtener información sobre el llamado miembro sintomático, con lo cual se descubrió la importancia de la dinámica familiar. Esto significó un cambio en el foco de interés en la terapia, anteriormente puesto en lo intrapsíquico, para ser puesto sobre las relaciones entre los miembros de la familia y cómo las mismas influyen en la patología de los pacientes (Ochoa de Alda, 1995). De modo que el tratamiento se enfocó en modificar las variables de interacción,

de hecho, fue Ackerman quien afirmó la existencia de una continua interacción entre lo intrapsíquico y el medio social dentro del cual interactúa el ser humano, por lo que el conflicto interpersonal precede al intrapsíquico (Ochoa de Alda, 1995).

Además de las circunstancias clínicas y de investigación (Ochoa de Alda, 1995) que se dieron desde 1930 (Sánchez y Gutiérrez, 2000), la terapia familiar fue impulsada por la realización del ciclo de conferencias auspiciadas por la fundación Josiah Macy Jr., en el año de 1942 en Nueva York. Fue John Bell, autor considerado "el padre de la terapia familiar" (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 5), quien la designó como una nueva forma terapéutica de trabajar con la familia como una unidad (Ochoa de Alda, 1995). Es importante señalar que en este ciclo de conferencias, participaron científicos tanto de las llamadas ciencias naturales y formales como de las ciencias sociales, lo que marcó un hito epistemológico, ya que en dicho ciclo se propusieron formas nuevas de explicarse distintos fenómenos para el campo de la ingeniería, la biología y el área social (Vargas, 2005). Lo anterior, a su vez, permitió el surgimiento de innovaciones teórico conceptuales, así como de un lenguaje interdisciplinario que dio paso a la construcción de sistemas artificiales y el entendimiento de los naturales. De este modo, se aplicaron conceptos cibernéticos tales como circularidad, retroalimentación, regulación e información a múltiples campos científicos, lo que propició una nueva forma de abordar los problemas (Vargas, 2005).

Debido a las conferencias de Macy, Gregory Bateson adoptó una epistemología cibernética para su trabajo, es decir, utilizó conceptos de la cibernética para explicar el comportamiento, y se gestó el tipo de pensamiento "que articula lo que ahora llamamos terapia sistémica" (Vargas, 2005, p.7). Para Pedro Vargas (2005), los aportes de Bateson constituyen "la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica" (p.7), puesto que fue este último quien introdujo herramientas teórico-antropológicas y cibernéticas en el campo de la comprensión del comportamiento de sistemas interaccionales y sociales. Además, Bateson planteó que los sistemas se organizan en torno a la comunicación, ya que todo suceso es un mensaje, donde lo importante es el tipo de transmisión de información que se lleva a cabo. Incluso, introdujo la idea de

los niveles jerárquicos del mensaje, donde refiere que cada mensaje tiene dos niveles, uno de contenido y otro de significado (Vargas, 2005).

Posterior a esto, a partir de la aparición del artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia", se consideró por primera vez que la esquizofrenia podía ser un fenómeno de comunicación producto de las relaciones familiares. La importancia de dicho artículo reside en que en este se manejaron dos principios que dieron sentido de manera significativa a la terapia familiar sistémica: la familia como sistema homeostático y la hipótesis del doble vínculo (Vargas, 2005), la cual se refiere a mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Ochoa de Alda, 1995).

En 1948, en la reunión anual de la Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales (AAMC por sus siglas en inglés) y el Concilio Nacional en Relaciones Familiares fue propuesta la presidencia a Abraham Stone, bajo cuyo mandato se establecieron los estándares para los profesionales en la orientación familiar. Reunión en la que, además, fueron planteados los requisitos para ser aceptados como especialistas en orientación familiar, mismos que se refieren a: preparación académica, experiencia profesional y cualidades personales. En cuanto a la preparación académica, estipulaban que todo orientador familiar debía ser profesionista (graduado en una institución reconocida), cuyo título podría ser de materias como: educación, economía familiar, medicina, derecho, psicología, enfermería, sacerdocio, trabajo social, antropología y sociología (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Sin embargo, sin importar la materia elegida, todo orientador debía tener acreditados cursos de especialización en desarrollo de la personalidad, psicología, biología humana, elementos de psiquiatría, genética, fisiología, psicología del matrimonio y de la familia, aspectos legales del matrimonio, de la familia, así como técnicas de orientación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Respecto a la experiencia profesional, el terapeuta debía contar con al menos tres años de experiencia reconocida en su campo de especialidad y experiencia clínica bajo supervisión de un especialista en terapia familiar, poseer la capacidad de diagnosticar entre niveles superficiales y profundos de desajuste familiar. Asimismo, debía reconocer cuando la familia necesitase ser referida a otro especialista, y mantener una actividad científica de observación de las variaciones individuales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Finalmente, las cualidades personales se referían a tener integridad, tanto personal como profesional, acorde con los estándares de la ética. Así como a poseer una actitud de interés y bondad hacia la gente combinada con integridad y madurez emocional, aunado a experiencia personal en el área matrimonial y parental (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para 1954, Jackson describió a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, el cual buscaba estabilidad mediante circuitos de retroalimentación (homeostasis). Para dicho autor, el sistema familiar debía ser observado a través de las acciones y reacciones de cada miembro familiar con respecto a los demás. Fue así como "la atención se desplazó del individuo en sí al individuo visto como sistema, interactuando con los demás sistemas en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado" (Vargas, 2005, p.12). Debido a los trabajos centrados en la comunicación y el antagonismo paradójico se realizaron transformaciones en la práctica clínica, una de las cuales fue sustituir el pasado como la causa de la psicopatología por la situación presente como la causa de la misma (Vargas, 2005).

En el mismo año, 1954, Bowen desarrolló la teoría familiar de sistemas e inició un proyecto de investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, donde investigó la hipótesis simbiótica en pacientes esquizofrénicos y sus madres. La cual planteaba que la enfermedad del hijo era resultado de un trastorno menos severo en la madre, empero, a lo largo de tal investigación, se descubrió que la relación entre madre e hijo era sólo una parte de una unidad más amplia, la unidad familiar (misma que estaba implicada por completo en el proceso patológico). A partir de esta observación, se definió a la familia como un sistema en el cual hay una combinación de variables emocionales y relacionales donde las emocionales son fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema, mientras que las relacionales determinan el modo en que se expresan las emociones (Ochoa de Alda, 1995).

Hacia 1952, se dio inicio a un proyecto de investigación sobre la comunicación por Bateson, quien se interesó por la forma en que se clasifican los mensajes, y cómo ello origina paradojas (Ochoa de Alda, 1995). Esto es, cuando determinados mensajes cho-

can con otros produciendo un conflicto entre ambos, “de forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo” (Ochoa de Alda, 1995, p.16). Para 1954, Bateson se asoció con Jackson y comenzaron a estudiar la comunicación de los psicóticos, a partir de lo cual desarrollaron la teoría del doble vínculo. En la que el contexto comunicacional de la esquizofrenia es descrito, y se hace referencia a los mensajes duales, en los cuales hay un antagonismo paradójico. Sin embargo, eventualmente, otros autores como Haley y Weakland (a partir de un trabajo experimental) concluyeron que, si bien la situación del doble vínculo es un componente necesario de la esquizofrenia, no la explica por completo, o no explica su etiología (Ochoa de Alda, 1995).

Pero no sólo se dio una orientación familiar en Estados Unidos, sino que al mismo tiempo, algunos pensadores ingleses comenzaron a centrarse en la dinámica familiar, la cual consideraron un reflejo de la dinámica social, según lo planteado por John Howells (1968, como se especifica en Ochoa de Alda, 1955). Para el año de 1959, Jackson fundó el MRI, *Mental Research Institute*, cuya orientación se centró en las interacciones entre los miembros del sistema familiar y se asumió que los problemas psiquiátricos provenían de las formas en las que los sujetos interactuaban dentro de la organización familiar. Por lo anterior, comenzaron a considerar que la terapia debía operar con las interacciones, las conductas observables entre los individuos que viven en contextos organizados tales como la familia, la escuela, el trabajo. Asimismo afirmaron que el funcionamiento familiar se organizaba en torno a reglas que regulaban la vida de cada familia, siendo la ambigüedad de tales reglas lo que provocaba la desorganización del grupo (Ochoa de Alda, 1995).

En 1962 Ackerman y Jackson crearon la revista *Family Process*, cuya gestación inició en los años cincuenta, y la cual ayudó a consolidar la terapia familiar (Ochoa de Alda, 1995). Para 1963, la AAMC fue la asociación que obligó a obtener la licencia del Estado para ejercer la terapia familiar e infantil, fue entonces cuando “por primera vez se limitó la práctica de la terapia familiar sólo a las personas que tuvieran la preparación requerida por la asociación de ese Estado y se estableció la clara diferencia entre la

especialidad de terapia familiar y las demás especialidades, como medicina, psiquiatría o trabajo social” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 24).

Es así que entre 1960 y 1970, aumentó “la conciencia de que en la organización social del individuo podría hallarse una nueva explicación de la motivación humana” y que el núcleo del tratamiento ya no fuera “el individuo ni un <<sistema>> general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa” (Ochoa de Alda, 1995, p.18). Más específicamente, para 1970, la profesión obtuvo la maduración y consolidación, de modo que se fue fortaleciendo, tanto esta misma como la información en este campo. Lo anterior se obvia en la comparación de publicaciones a lo largo del tiempo, ya que desde los inicios de esta profesión hasta 1979 se pueden encontrar 10 publicaciones con este tema, mientras que para la década de los noventa existían, en el idioma inglés, al menos una docena de revistas especializadas y 15 en otros idiomas. De hecho, una de las ventajas obtenidas en el campo de la terapia familiar fue su apertura a las aportaciones, esto es, tenía un enfoque multidisciplinario en el que se conjuntaron contribuciones de pedagogos, psiquiatras, médicos, sociólogos, psicólogos, comunicólogos, genetistas, por lo que se analizaron los problemas familiares desde diferentes enfoques profesionales.

Quizá el momento más significativo desde 1960 hasta 1979 fue a través de la confluencia con otros movimientos, al ser invitados a la reunión anual de la AAMC, Ackerman, John Warkentin, Virginia Satir, Anford N. Sherman y John Bell, los cuales presentaron sus trabajos realizados con familias, con lo que aportaron nuevos conceptos. En efecto, el impacto fue tan importante que, en 1964, estos grupos propusieron a la AAMC ser responsables de la publicación del *Family Process*. Sin embargo, como el grupo de Jackson estaba al frente de dicha publicación, su propuesta fue rechazada, empero se nombró al grupo de Ackerman como editor de la misma (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En los años ochenta y noventa, distintos autores desarrollaron concepciones particulares, en las cuales se planteó que para definir quiénes pertenecen al sistema son necesarios los límites, mismos que pueden ser extrasistémicos o intrasistémicos (Ochoa de Alda, 1995).

3.2.2 La terapia familiar en México

En cuanto a la historia de la terapia familiar en México, es en el año de 1969 cuando se estableció el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares por los doctores Raymundo Macías, Roberto Derbez y Lauro Estrada, en la Universidad Iberoamericana. Posteriormente, Macías se separó de esta universidad para fundar su propio instituto, denominado Instituto de la Familia A.C. (IFAC), mismo que involucró diferentes instituciones de salud para su práctica y atención. Tales como el Hospital de Pediatría, Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil, Instituto Mexicano de Atención de la Niñez (IMAN), Programa Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), Hospital General del Centro Médico Nacional, Servicio Psicológico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital de la Raza, Hospital Psiquiátrico Infantil, Instituto Nacional de Nutrición, Clínica San Rafael y el Instituto de Cardiología. Sin embargo, para 1989, el IFAC abrió su propia clínica (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Es importante señalar que para ese entonces:

El trabajo psicoterapéutico en México se [encontraba] controlado por dos grupos psicoanalíticos desde el decenio de 1960 - 1969: la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP). Durante 1967 a 1968 surgieron otros grupos, como la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C., la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), y, desde 1981, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF). (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 26)

Otra de las instituciones pioneras de la terapia familiar en México es la UDLA, Universidad de las Américas, en donde la práctica de los estudiantes era llevada a cabo en su propia clínica en el Hospital Infantil de México o en el Instituto Nacional de Pediatría. Además de esta, una institución más reciente, fundada en 1984, es el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF); otra es PERSONAS, Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría, en el cual, en un inicio, se ofrecía formación de

terapia Gestalt, pero para 1984 dio un giro hacia la terapia familiar y de pareja (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En 1987, se creó el Instituto de Terapia Familiar, CENCALLI, que capacitaba terapeutas familiares con grado de maestría y especialidad. Mismo que fue fundado por la Dra. María Luisa Velazco de Torres, quien, a su vez, estableció la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Lo interesante de esta institución es que se planteó como objetivos formar “recursos humanos para la investigación de las problemáticas familiares, sus orígenes y consecuencias; desarrollar y probar métodos y técnicas de tratamiento adecuados al perfil de la familia mexicana, así como a la investigación” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 28). Otro fue el Instituto Mexicano de Terapia Breves, S.C. (IMTB), cuyo objetivo era dar formación de alto nivel en terapias breves. También se puede mencionar el Instituto Superior de Estudios para la Familia, fundado en 1992, el cual ofrece la licenciatura en Ciencias de la familia, así como la especialidad o maestría en Ciencias de la familia. Otro órgano relevante es la AMTF, Asociación Mexicana de Terapia Familiar, formada en 1981, la cual tiene por objetivo difundir la terapia familiar, así como unificar y revisar los programas de los diversos institutos de formación, tener un órgano de difusión y fundar su propia publicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000), este incluye a instituciones como UDLA, IFAC, PERSONAS, ILEF, CENCALLI, IMTB y CEMIC (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

3.3 Conceptos básicos de la terapia familiar sistémica

Tal como se mencionó anteriormente, alrededor de los años ochenta y noventa, se desarrollaron concepciones específicas del sistema familiar. Esto es, se planteó la existencia de diferentes propiedades en estos sistemas, algunas de las cuales nos indica Inmaculada Ochoa de Alda (1995) son:

1. Totalidad: el cual se refiere a que la conducta del sistema no se entiende como la suma de comportamientos de sus miembros, sino de sus interacciones.
2. Causalidad circular: plantea que las relaciones familiares son recíprocas, pautadas y repetitivas, donde un estímulo provoca una respuesta, que a su vez, puede ser un estímulo para otra respuesta. Es así que en las familias se dan ciertas secuencias de interacción que se repiten para regular su funcionamiento.
3. Secuencia sintomática: conjunto de conductas encadenadas que se articulan en torno al problema, las cuales son reguladas por una causalidad circular.
4. Equifinalidad: se refiere a que un sistema puede alcanzar el mismo estado final aunque las condiciones iniciales sean variables o diferentes.
5. Equicausalidad: la misma condición inicial puede provocar estados finales distintos.
6. Limitación: existen pocas probabilidades de que el sistema emita una secuencia de interacción distinta a la ya adoptada. Incluso puede ser una conducta sintomática que contribuye a mantener el problema o síntoma.
7. Regla de relación: en el sistema familiar, como en cualquier otro, existe la necesidad de definir la relación entre sus componentes.

8. Ordenación jerárquica: en toda organización hay una jerarquía (Ochoa de Alda, 1995), es así que no todos los miembros tienen la misma posición en el sistema. Tales posiciones son investidas por la comunidad y están basadas en cuestiones tales como la edad, el manejo del dinero, la autoridad y la responsabilidad (Maldanes, 1982), así como la ayuda, protección y consuelo (Ochoa de Alda, 1995).
9. Teleología: adaptación del sistema familiar a las exigencias de las etapas de desarrollo por los cuales atraviesa, lo cual asegura la continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros. Lo anterior se logra mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones denominadas morfostasis y morfogénesis.
10. Morfostasis: también denominada homeostasis, se refiere a la tendencia del sistema a mantener su equilibrio, unidad e identidad frente al medio. Es por ello que cuando uno de los miembros del sistema cambia, los demás también lo hacen. Puesto que una transformación en una parte del sistema provoca un cambio compensatorio en otros miembros de dicho sistema para restaurar el equilibrio.
11. Morfogénesis: “comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia” (Ochoa de Alda, 1995, p.21).
12. Sistema abierto: es aquel que intercambia información, energía o materiales con su ambiente; en este caso, cuando se habla de sistema familiar, se hace referencia a un sistema abierto. Debido a que las relaciones interfamiliares están en relación dialéctica con las relaciones sociales, esto es, están en constante interacción con otros sistemas, tales como la escuela, el barrio, el grupo de coetáneos, entre otros.
13. Sistema cerrado: a diferencia del sistema abierto, es aquel que no realiza ningún intercambio con su ambiente².

² Es importante enfatizar que los conceptos planteados en este apartado provienen de Ochoa de Alda (1995), salvo donde se especifiquen otros autores.

3.4 El sistema familiar y su importancia

El sistema familiar es de suma importancia, ya que, a pesar de ser un sistema entre diversos otros, tal como lo menciona Jacques Hochmann (1973, como se citó en Andolfi, 1991), es la primera instancia de socialización, que antecede a, por ejemplo: la escuela, los movimientos juveniles, el grupo de coetáneos, etcétera, y al mismo tiempo, es intermediaria entre lo que pertenece a lo social, lo cultural y lo público (Andolfi, 1991). Algunas de las funciones más importantes de la familia son la protección psicosocial de sus miembros (Minuchin, 2004), siendo “la única institución que amortigua las crisis económicas, el desempleo y la enfermedad” (González de la Rocha, 1988, como se citó en González de la Rocha, 2005, p. 4). Otra de tales funciones es la socialización o acomodación de dichos miembros a una cultura, así como la transmisión de la misma (Minuchin, 2004).

Al utilizar el término de “sistema familiar”, se hace énfasis en la importancia de considerar a la familia “como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí a los diversos componentes individuales” (Andolfi, 1991, p.17). Tal sistema relacional es definido por Talcott Parsons y Robert F. Bales (1955 citados por Andolfi, 1991) como un

conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente. (p.17)

En otras palabras, se trata de la conformación de interacciones recíprocas, donde todas las unidades del sistema, al relacionarse, modifican a los demás componentes pertenecientes a este. Es así que, para Ludwig von Bertalanffy, la familia es un “sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior”

(Andolfi, 1991, p.18). Desde la aplicación de las teorías sistémicas al concepto de familia se observan las siguientes características en la familia:

1. La familia como sistema posee dos funciones, la homeostática y la capacidad de transformación, mismas que tienen por objetivo garantizar tanto la continuidad como el crecimiento psicosocial de sus miembros. Para Salvador Minuchin (1977), a través de dichas funciones, la familia logra, al mismo tiempo, modificarse y adaptarse a las exigencias de cada estadio de desarrollo que atraviesa (Andolfi, 1991). Por ello, todo tipo de tensión, originada tanto por cambios intrasistémicos, esto es, al interior de la familia (como el nacimiento de los hijos, un luto, un divorcio, etc.), como intersistémicos, al exterior de la familia (como cambios en las condiciones de trabajo, modificaciones del ambiente, entre otros) tocará el funcionamiento familiar. Lo anterior significa que requerirá un proceso de adaptación, a través del cual se transformarán las interacciones familiares que, precisamente, mantendrán la ya mencionada continuidad de la familia y permitirán el crecimiento de sus miembros (Andolfi, 1991).
2. La familia como sistema activo, esto es, que se autogobierna mediante el ensayo y error. Lo cual indica a sus componentes lo que está permitido en la relación con los otros miembros, ello con el objetivo de marcar una definición estable de dicha relación. Es decir, “la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones” (Andolfi, 1991, p.20). Lo anterior se refiere a que el sistema no es un ente pasivo o inerte que únicamente emite respuestas cuando se encuentra con estímulos y tensiones del exterior, sino que este se desempeña o actúa activamente. De manera que tales tensiones y estímulos más allá de iniciar las respuestas del sistema, tienen la capacidad de modificar los procesos en el sistema familiar (Andolfi, 1991).

3. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas, tales como escuela, barrio, instituto, etcétera, puesto que "las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales" (Andolfi, 1991, p.22). Lo anterior supone que la familia se encuentra inserta en un contexto, está en constante interacción con otros sistemas, lo cual significa que habrá una modificación entre sistemas. Tal como lo concebía Claude Lévi-Strauss, la relación entre grupo social y familia no es estática, sino que es un proceso dinámico de tensión y oposición (Andolfi, 1991), esta "se encuentra sujeta a los cambios que experimenta la realidad en su entorno" (Ordaz *et al.*, 2010, p.7). Por ello, al ser la familia un sistema entre otros, se vuelve necesario conocer las relaciones interpersonales y las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está arraigado. Lo cual incluye observar otras realidades significativas que interactúan con la familia (como las ya mencionadas), de hecho, "todo estudio de la familia debe incluir su complementariedad con la sociedad" (Minuchin, 2004, p.84).

3.5 Relevancia de la teoría de sistemas y la cibernética en terapia familiar

A finales del siglo XX, ocurrió un cambio en la concepción científica, en el que se sustituyó un modelo reduccionista (con una concepción lineal que fragmentaba al universo para analizarlo), por un punto de vista sistémico, en el que se enfatizaba la relación de los elementos. Lo anterior con el fin de comprender dichos elementos “en su interacción contextual e intrínseca” en lugar de aislarlos (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 35). Esto es, la teoría general de los sistemas, desarrollada por Bertalanffy implicó “la exploración científica del todo y de sus totalidades, en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 36). Asimismo, esta planteaba todo organismo vivo como un sistema abierto que continuamente asimilaba y eliminaba elementos para mantenerse en un estado de equilibrio u homeostasis (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Se debe agregar que tal cambio epistemológico, es el precursor de las ideas de la terapia familiar, ya que se aplicó la teoría de los sistemas a dicha terapia (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Lo anterior permitió la creación de una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones, esto es, se dio una transformación en el lente con el cual se miraba a la familia. A partir de lo cual, se comenzó a concebir a esta misma como un sistema abierto, lo que significó un cambio en la terapia familiar, que a su vez implicó una nueva visión tanto de la patología como de la funcionalidad “modificando la unión lineal o reduccionista, por una sistémica o contextual” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 39).

De manera más específica, este cambio (como se mencionó en el apartado de los orígenes de la terapia familiar) posibilitó el comienzo de innovaciones teóricas y el uso de un lenguaje interdisciplinario (Vargas, 2005). Lo que se vio claramente reflejado en el ciclo de conferencias Macy, a partir de las cuales, Bateson se sintió intrigado por las ideas de Claude Shannon, Norbert Wiener y otros teóricos de la cibernética (Hoffman, 1992). Razón por la cual comenzó a usar una epistemología cibernética en su trabajo,

esto es, introdujo herramientas teóricas y cibernéticas para comprender el comportamiento de sistemas interaccionales (Vargas, 2005).

Es importante subrayar que, para Bateson, lo que causó el mayor efecto sobre sus esfuerzos para entender los “procesos causales mutuos” o procesos que “se distinguen por el hecho de que se desarrollan por reacción mutua” (Hoffman, 1992, p.47), fue su “descubrimiento de la cibernética” (Hoffman, 1992, p. 52). Para cuyo entendimiento, “la analogía que resultó más útil [...] fue la de una máquina de vapor con un regulador automático” (Hoffman, 1992, p. 52), la cual explica que “toda la disposición depende de un ‘rizo’ (*loop*) en que, cuanto más hay de una cosa, menos hay de otra” (Hoffman, 1992, p. 52). En contraste está la posibilidad de que, en tanto más hay de un elemento, más hay de otro, o la tercera posibilidad, la cual hace referencia a que un elemento ajeno a la máquina logre detener el ciclo de esta o frenarlo (Hoffman, 1992). Para Bateson, este modelo podría ser capaz de explicar los comportamientos que había observado de la cultura iatmul en Nueva Guinea, misma que promovía círculos viciosos conducentes a guerra (Hoffman, 1992).

En suma, este cambio epistemológico significó un contraste entre el tipo de pensamiento lineal o mecanicista previo a la teoría de los sistemas, con un pensamiento basado en lo contextual y en la organización sistémica circular que se fijaba en cómo la conducta de un miembro familiar afectaba, o estaba relacionada, con el número de miembros de la familia. Asimismo, significó la asunción del comportamiento como el resultado de múltiples causas, cuyo “significado dependerá de esta multiplicidad de factores, que no necesariamente serán vistos como patológicos, ya que hay una forma infinita de comportamiento y de conductas, de pensamientos y de familias” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 40).

3.6 Postulados principales de la terapia familiar sistémica

El postulado principal de la terapia familiar sistémica hace referencia a la interacción recíproca, esto es, a que ni el sujeto ni sus problemas existen en un vacío, sino que estos elementos se ligan a sistemas más extensos que se modifican recíprocamente. El principal de tales sistemas es la familia misma (Ochoa de Alda, 1995), cuya estructura se conforma por otros subsistemas delimitados por las jerarquías que poseen (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En otras palabras, tal como su nombre lo indica, la terapia familiar sistémica pone el foco de atención en la totalidad del funcionamiento familiar, más no en el individuo aislado; quien suele ser el paciente identificado, etiquetado como el miembro portador del síntoma (Ochoa de Alda, 1995), o bien, se centra “en la persona en el marco de su familia” (Minuchin, 2004, p.20).

Es así que, en este tipo de terapia, como ya se ha mencionado previamente, se da un cambio en el foco de interés anteriormente puesto en lo intrapsíquico, para ser puesto sobre las relaciones entre los miembros de la familia, y cómo estas influyen en la patología de los pacientes (Ochoa de Alda, 1995). Sobre lo anterior, Minuchin *et al.* (2011) mencionan que dos de los tres descubrimientos que definen a la terapia familiar son la asimilación del pensamiento de los problemas humanos como problemas interaccionales y, con ello, la asunción de que los síntomas psicológicos del sujeto están, a menudo, relacionados con conflictos familiares. Sin embargo, todo lo anterior no quiere decir necesariamente, que dentro de esta vertiente terapéutica se considere a la familia como nociva para el portador del síntoma, sino al contrario, se le mira como un grupo que puede servir de apoyo a los miembros que lo conforman. De manera que sus interacciones tienen la posibilidad de ayudar a sus miembros a superar los problemas que puedan presentar (Ochoa de Alda, 1995).

Asimismo, en el pensamiento de este tipo de terapia, más específicamente para los ahora llamados: Asociados de Milán, es central el concepto *batesoniano* de “causalidad

circular”, es decir, está centrada en la importancia de tener un enfoque sistémico (Hoffman, 1981), a partir de la cual se plantea que cada subsistema está inserto en un sistema general que repercute en dicho subsistema, pero al mismo tiempo, el subsistema repercute en el sistema mismo, lo que nos remitiría a lo circular o cíclico, a la repetición y modificación recíproca entre los subsistemas y el sistema mismo. Lo anterior, de acuerdo con los Asociados de Milán, se refiere a evitar un “pensamiento lineal” que plantee la existencia de una causalidad histórica del tipo A causa B, que entonces causa C, y así sucesivamente. Aunado a esto, está la consideración de que el clínico o terapeuta no centre su atención en ningún miembro en particular de la familia, ni siquiera en la propia familia, sino en el llamado juego familiar, esto es, en las interacciones de los miembros que conforman el sistema (Hoffman, 1981).

Lo anterior se debe, precisamente, a que el propósito de la terapia es modificar dichas interacciones, es decir, transformar el juego familiar, cuya transformación se logra a través de las “alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados preexistente de la familia”. Donde el mecanismo básico de cambio no es el llamado *insight*, sino la reflexividad (Tomm, 1987b, p.21), razón por la cual la terapia familiar utiliza “técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambian [ya que al] cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva” (Minuchin, 2004, p. 36). Cabe señalar que las asunciones lineales tienden a ser asociadas con reduccionismo o determinismo causal, mientras que las circulares se asocian con holismo, principios interaccionales, enfoques sistémicos y actitudes neutrales (Tomm, 1988). Por ello, para los sistemas no existe la llamada familia normal, ya que hay muchas formas de vivir la vida, cuestión que el terapeuta familiar debe aceptar y “no encaillar a una persona en un patrón rígido de patologías” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 40).

Lo anterior está directamente ligado a la consideración de que la familia es un todo orgánico, planteado por Parsons y Bales (1955, como se citó en Andolfi, 1991) como un “conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades” (p.17). Cabe

recalcar, que para Minuchin *et al.* (2011), un tercer descubrimiento de la terapia familiar, es la importancia de tratar a la familia como una unidad. Volviendo a lo planteado por Parsons y Bales (1955, como se citó en Andolfi, 1991), hace referencia a que cuando se da un cambio en alguno de los miembros que conforman la familia, dicho cambio provoca modificaciones en los demás miembros familiares, es decir, se modifica el sistema en su totalidad. De ahí que para la investigación sistémica es importante lo que ocurre entre las unidades del sistema, más no la estructura interna de tales unidades, en otras palabras, interesa la manera en que los cambios de una unidad afectan a las demás (Andolfi, 1991).

Otro de sus principios es que se centra en el momento presente, en el aquí y el ahora. De manera específica, se pregunta por el dónde y cuándo para entender en qué momento y lugar concreto ocurren determinadas conductas en el núcleo familiar, en vez de centrarse en la etiología o el porqué del problema. Lo anterior con el objetivo de influir de manera directa en los factores que contribuyen a mantener tal problema (Ochoa de Alda, 1995). Por ello, como se especificó anteriormente, el tratamiento se enfoca en modificar la forma en que se da la interacción (modificar las variables). Ya que, como afirmaría Ackerman (citado por Ochoa de Alda, 1995): existe una constante interacción entre lo intrapsíquico y el medio social en el que se encuentra inserto el ser humano. Medio que funge como escenario para que el sujeto interactúe con otros, donde el conflicto intrapsíquico es producto de los conflictos interpersonales, puesto que estos lo preceden.

De hecho, el individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, por lo cual sus acciones se encuentran regidas por las características de dicho sistema (Minuchin, 2004, p.30). Empero, esto no debe confundirse con una rotunda negación del pasado del sujeto, el cual lo ha conformado o le ha dotado de una visión particular o encuadre de las situaciones presentes. Es así que Minuchin *et al.* (2011) sugiere hacer una “exploración breve y focalizada del pasado de los miembros adultos de la familia para ayudarles a comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y los demás”. Lo anterior con el objetivo de en-

tender la visión actual de los integrantes de la familia, para así, poder cambiar el presente, dado que se trata de una “expansión del patrón de las relaciones en el presente” (Minuchin *et al.*, p.34).

Seguido de lo anterior, la terapia se caracteriza por considerar a la familia como matriz de la curación y posibilitadora del crecimiento de sus miembros. Esto es, la familia se modifica a sí misma, a través de la mediación del terapeuta, quien debe “intervenir de tal modo que desequilibre el sistema” (Minuchin, 2004, p.167). Sin embargo, solo se ganará este cambio si el terapeuta logra acomodarse a la familia e intervenir de un modo que esta pueda aceptar. Es por ello que las metas, tácticas y estrategias usadas por el terapeuta dependerán “todas del proceso de unión” (Minuchin, 2004, p. 185), mismo en el que este deberá realizar dos tareas fundamentales. Las cuales son acomodarse a la familia y, al mismo tiempo, mantenerse en una posición de liderazgo, puesto que podría sucumbir ante la presión por parte del grupo familiar para posteriormente ser absorbido por este debido a que la familia hará lo posible para perpetuar la organización familiar preexistente, en cuyo caso no hará más que complementar un sistema disfuncional al continuar pautas transaccionales inadaptadas. En suma, el terapeuta

debe adaptarse en grado suficiente a la organización familiar para ser capaz de incorporarse a ella, pero también debe conservar la libertad de intervenir de un modo que cuestione la organización de la familia obligando a sus miembros a acomodarse a él de un modo que facilite el movimiento en dirección de los objetivos terapéuticos. (Minuchin, 2004, p.205)

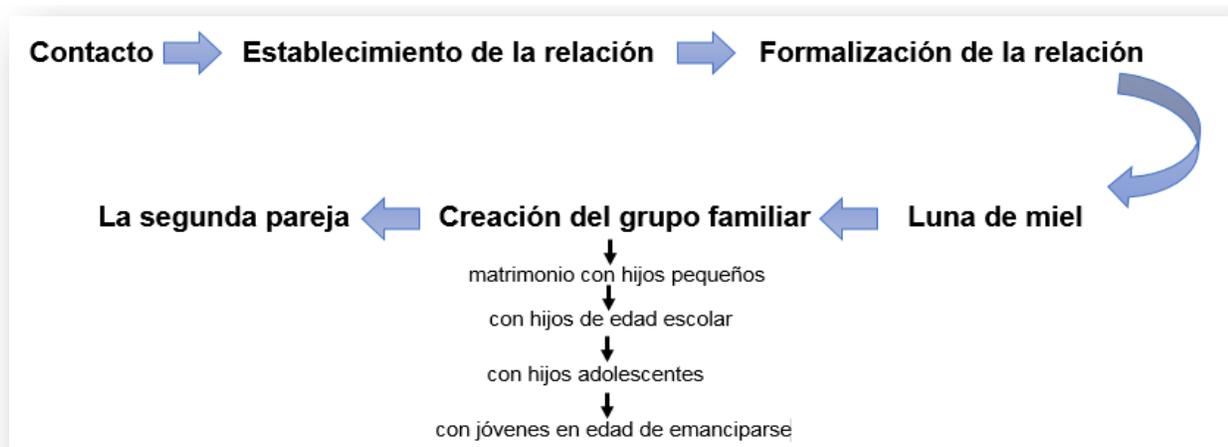
Otro de los postulados de la terapia familiar es la visión del síntoma como un intento de solución a las dificultades que la familia enfrenta en su camino evolutivo, por más insensato o destructivo que parezca; dicho con otras palabras, el síntoma como una forma de adaptarse a las circunstancias cambiantes (Hoffman, 1987). Lo anterior se refiere a que los sistemas familiares mantienen su estabilidad a través de un mecanismo de homeostasis, debido a que, precisamente la evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

3.7 El ciclo vital familiar

Para Minuchin (2004), “la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo [las cuales] difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales” (p. 39). Dicho de otro modo, a pesar de la existencia de diferencias culturales entre las familias, para los terapeutas es claro que estas últimas comparten generalidades o características afines, razón por la cual se llegan a encontrar las mismas problemáticas en familias pertenecientes a diferentes contextos o culturas. Así, el presente subtema habla sobre las etapas por las cuales pasa el curso vital de las familias (ver figura 1), esto es, las cuestiones normativas o los períodos tanto de equilibrio y adaptación, como de desequilibrio y cambio, donde estos últimos requieren de una readaptación en la que se elaboren aptitudes y tareas nuevas (Ochoa de Alda, 1995).

Figura 1.

El ciclo vital familiar



Nota. Elaboración propia con información de Ochoa de Alda (1995).

Ahora bien, también existen ciclos vitales alternativos en los que el llamado ciclo normal toma una dirección distinta, momento en el cual los miembros deben readaptarse al nuevo contexto o situación en la que se encuentren. Las etapas del ciclo normativo, de acuerdo con Ochoa de Alda (1995) son:

1. Contacto: cuando los componentes de la futura pareja se conocen.
2. Establecimiento de la relación: se crean expectativas del futuro de la relación de pareja, se da una primera definición de la relación; se da un proceso comunicativo y de negociación entre los miembros de la pareja sobre las pautas de intimidad, forma de manejar sus diferencias, etc.
3. Formalización de la relación: se da una transición de la vida de noviazgo a la vida de casado.
4. Luna de miel: al momento de comenzar a compartir la vida de casados se produce un contraste entre las expectativas de la segunda etapa y la realidad de esta convivencia; se hace necesaria una división de las funciones de cada miembro de la pareja, así como la creación de pautas de convivencia.
5. Creación del grupo familiar: abarca un gran espacio temporal, esto es, desde que aparecen los hijos hasta que se emancipan de los padres. Sus subetapas son: el matrimonio con hijos pequeños, el matrimonio con hijos en edad escolar, el matrimonio con hijos adolescentes y con hijos jóvenes en edad de emanciparse.
6. La segunda pareja: cuando los hijos se emancipan, los padres retoman su relación de pareja, sin que siga siendo mediatizada por los hijos.

3.8 Las sesiones en terapia familiar sistémica

El ambiente terapéutico en terapia familiar está constituido por una sala de terapia con algunos objetos esenciales, tales como un grupo de sillas en círculo, un pizarrón mural, una pequeña biblioteca y una caja de juegos, especialmente para cuando se atienden familias con niños. En dicha sala se ubica un espejo unidireccional, así como un equipo que permite la visión y audición desde la habitación al otro lado del espejo, donde se ubica un grupo de observadores (Andolfi, 1991). Respecto al tratamiento en terapia familiar, regularmente consiste en diez sesiones realizadas por un equipo de terapeutas, donde (usualmente) uno de los cuales se encuentra dirigiendo la sesión en la habitación con la familia, mientras que, de uno a tres terapeutas se encuentran tras una pantalla unidireccional.

Desde el enfoque de los Asociados de Milán, tales sesiones tienen intervalos de un mes o incluso más, este largo periodo se realiza con el objetivo de que el sistema tenga el tiempo necesario para procesar la información así como reorganizarse, incluso se niegan sesiones extra, ya que la petición de las mismas se interpreta como una respuesta del sistema para negarse al potencial de cambio del mismo, en búsqueda de estabilidad (Hoffman, 1981). Cada una de las sesiones tiene una duración aproximada de una hora, misma en la que, además de pedir información a los entrevistados, se toma nota de las comunicaciones no verbales y se filma la sesión. Cabe señalar, que previo a las mismas, el equipo se reúne para comentar lo ocurrido durante la sesión (Hoffman, 1981).

De acuerdo con lo planteado por Hoffman (1981), para el grupo hoy conocido como: los Asociados de Milán, la terapia comienza desde la primera llamada realizada a la familia y que plantea que “se requiere que toda la familia se encuentre presente en una primera sesión” (p. 267), pero en futuras ocasiones el equipo puede decidir ver unidades

distintas de la familia (Hoffman, 1981). Como bien se ha dado a entender, el objetivo de las sesiones es que el sistema familiar se reorganice, sin embargo, es importante señalar que todo intento realizado por el terapeuta para generar un cambio inmediato en la familia “provocaría contrajugadas y descalificaciones”. Razón por la cual, el primer paso es establecer “qué juego está jugando la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo” (Hoffman, 1981, p.270).

Para Hoffman (1981), la gran aportación del Grupo de Milán fue “la labor de detective, al inventar una hipótesis que explique el síntoma en la familia, y cómo embonan todas las piezas” (p. 273). Para tal grupo, una hipótesis debe ser circular y relacional, esto es, debe darle sentido al síntoma en el marco de las relaciones familiares. Es así que la hipótesis posibilita organizar el hilo o las preguntas que se realizarán en la entrevista, asimismo, sugiere el significado del comportamiento sintomático. Aunado a lo anterior, este grupo creó el cuestionamiento circular, cuyo principal objetivo es obtener la mayor cantidad de información posible a través del planteamiento de una serie de preguntas que enfocan una diferencia o definen una relación. Mediante las cuales se pide a determinados miembros que cataloguen, comenten o califiquen, en una escala de uno a diez, determinadas situaciones, relaciones entre los miembros de la familia, etcétera.

Asimismo, se realizan preguntas que cuestionan el antes y después de determinadas situaciones, así como preguntas hipotéticas. Lo anterior permite que los sujetos se detengan a pensar en lugar de actuar, y que quienes no están contestando dichas preguntas escuchen de manera atenta. Aunado a esto, desencadena un pensamiento diferente e interviene en las intensificaciones y disputas (Hoffman, 1981), tales cuestionamientos se hacen para obtener información sobre las reacciones de cada miembro del sistema al síntoma (Selvini *et al.*, 1980).

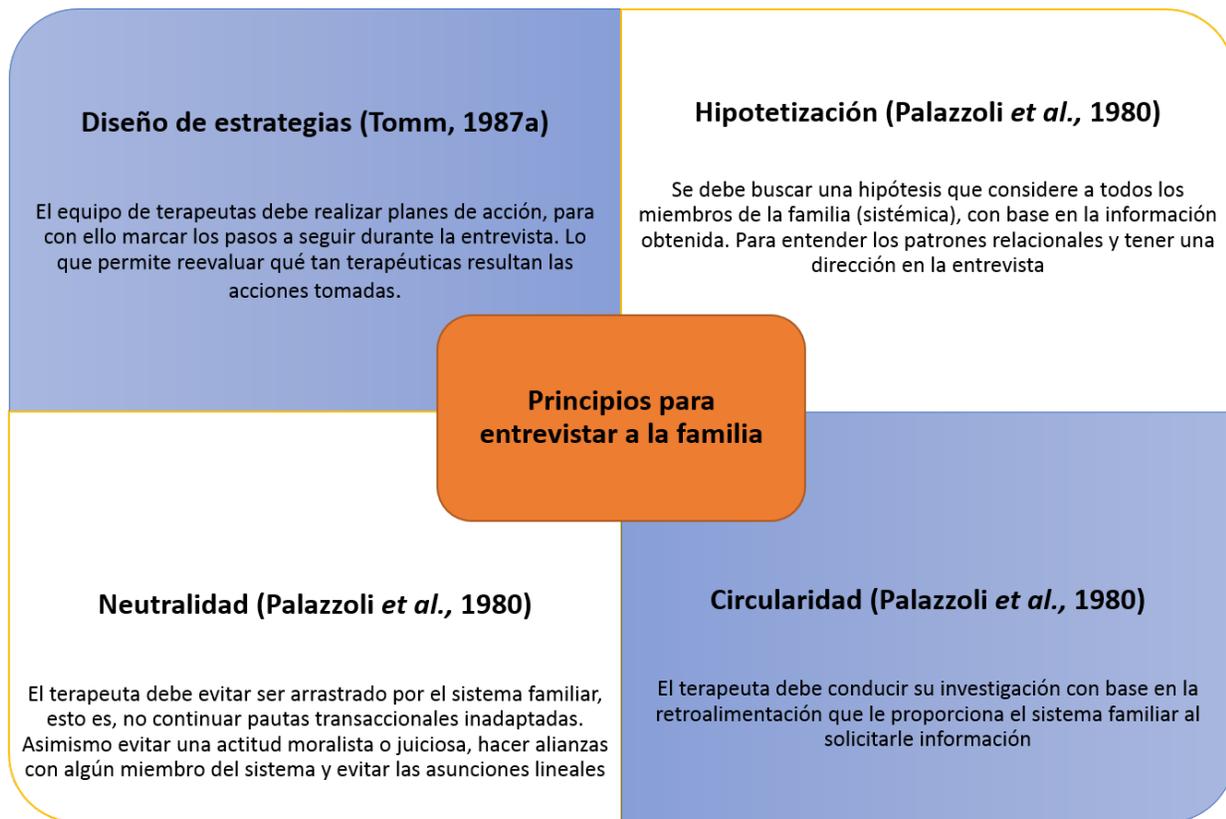
Sin embargo, es importante señalar que el terapeuta no sólo obtendrá información de manera verbal sino también en el plano no verbal, puesto que en ocasiones se encuentran incongruencias entre lo expresado con palabras y el plano analógico, a lo largo de la sesión (Andolfi, 1991). Es así que otra de las tareas que tiene el terapeuta en sesión es descifrar el lenguaje analógico o no verbal de la familia en cuestión, para con ello entender la lógica relacional, lo que significa entrar en el sistema y aprender las

reglas implícitas del mismo con el fin de evaluar la coherencia entre los mensajes (Andolfi, 1991). Tal como Maurizio Andolfi plantea, “todas las veces que las personas se comunican entre sí, informan al otro no sólo en términos de *contenido*, sino también en términos de *relación*” (1991, p.77). De este modo, tanto el aspecto de contenido (transmitido a través del canal verbal) como el de relación (a través del canal analógico o no verbal) se complementan en todo mensaje. Por ello, es importante que el terapeuta logre entender el lenguaje no verbal de un grupo, puesto que de ello depende la eficacia de sus intervenciones terapéuticas. Una cuestión que puede aportar bastante información al terapeuta son las reacciones de los sujetos en relación al espacio circundante, a través del cual comunica señales y estados de ánimo, ya que el espacio representa la definición de un territorio y “es la expresión de nuestro vivir y de nuestro ser” (Andolfi, 1991, p.80).

Es así que la disposición espacial familiar, la geografía espacial durante la sesión no es casual, esto es, el modo en que cada integrante está sentado puede otorgar información relevante, tal como la existencia de alianzas, la división de funciones y roles familiares, entre otros (Andolfi, 1991). Debido a lo anterior, Andolfi (1991) recomienda que el terapeuta mantenga una distancia personal relativamente cercana en el contexto terapéutico, en la cual sea eventualmente posible tocar a otra persona, pero con los límites de un espacio personal bien definido.

Habiendo mencionado todo lo anterior, es importante plantear tres principios indispensables para entrevistar a la familia correctamente, los cuales son: hipotetización, circularidad y neutralidad (Selvini *et al.*, 1980) [ver figura 2], aunado al diseño de estrategias (Tomm, 1987a).

Figura 2. Principios para entrevistar a la familia correctamente



Nota. Matriz en mosaico, de autoría propia, con información de Selvini *et al.*, (1980) y Tomm (1987a).

El primero, la hipotetización se refiere, justamente a la formulación de hipótesis por parte del terapeuta con base en la información obtenida durante la entrevista, o incluso previo a la misma. Ya que dicha hipótesis le permitirá trazar el rumbo de su investigación, además de confirmar su validez; empero, en caso de no confirmarla, deberá crear una nueva. En otras palabras, este elemento garantizará la actividad del terapeuta, que es el encontrar los patrones relacionales, mismos que pueden ser provocados a través del comportamiento activo del terapeuta. Quien, en caso de adoptar la conducta de un observador (un comportamiento pasivo) propiciaría que la familia impusiera su propio guion en la sesión en busca de un culpable de la problemática que experimentan. Es necesario recalcar que toda hipótesis debe ser sistémica, esto es, debe incluir a todos

los miembros de la familia y dar una suposición sobre la función total de las relaciones entre los miembros (Selvini *et al.*, 1980).

El segundo principio, la circularidad, es explicado por Karl Tomm (1987b) como “el acoplamiento estructural dinámico entre terapeuta y familia, que permite al terapeuta establecer distinciones acerca de ésta” (p.7), esto es, la capacidad de ajuste entre el sistema familiar y el terapeuta. Para que este último no sólo quede en el plano de observador, sino que pueda moverse de manera continua en respuesta a los movimientos del sistema familiar (Tomm, 1987a). Es así que el terapeuta conduce tanto sus entrevistas como su investigación con base en la retroalimentación que el sistema familiar le ofrece (Selvini *et al.*, 1980) y que el terapeuta mismo ofrece al sistema. Esto se puede lograr a través de pedirles describir la forma en que perciben las relaciones que se dan entre el resto de los miembros, ya que esto permite a la familia emitir respuestas, que a su vez, revelan las alianzas entre los miembros familiares e incluso las relaciones triangulares (Selvini *et al.*, 1980). Por lo anterior, la circularidad también es vista como “la capacidad del terapeuta para conducir su investigación basada en las reacciones de la familia en respuesta a la información que solicita acerca de sus relaciones” (Selvini *et al.*, 1980, p.6)³.

El tercer principio, hace referencia a que el terapeuta mantenga una actitud de neutralidad durante las sesiones, la cual es descrita por los Asociados de Milán como “la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales” (Hoffman, 1981, p.282). Lo anterior, al tiempo que muestra una actitud tranquila (no reactiva), a través de la aplicación del llamado cuestionamiento circular, para que pueda colocarse en un metanivel, esto es, en un nivel distinto al de la familia (Hoffman, 1981).

Aunado a los tres principios antes mencionados (elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad), Tomm (1987a) propone una cuarta directriz para la realización de entrevistas, la cual denomina “diseño de estrategias”. En la que el equipo de terapeutas genere planes de acción que dirijan sus movimientos, mismos que tendrán lugar tanto

³ Traducción propia, tomado del texto en idioma inglés.

en la pre-sesión como en la sesión misma. En otras palabras, se trata del diseño de estrategias para la entrevista, los pasos a seguir y la forma en que se realizarán, a través de la elección de un tipo de pregunta específica, movimientos no verbales, la técnica terapéutica a emplear, etcétera. La razón principal de considerar un cuarto principio es que el terapeuta debe saber si sus decisiones de actuar están siendo terapéuticas o no (Tomm, 1987a). Es así que:

El diseño de estrategias podría definirse como la actividad cognitiva del terapeuta (o del equipo) al evaluar los efectos de acciones pasadas, construir nuevos planes de acción, anticipar las posibles consecuencias de diversas alternativas y decidir cómo proceder en cualquier momento dado, a fin de maximizar la utilidad terapéutica. (Tomm, 1987a, p. 5)

3.8.1 Esquema de entrevista familiar del Grupo de Milán

Llegados a este punto, se entiende que el instrumento a través del cual se realiza la terapia es la entrevista, cuyo tipo depende de las necesidades del profesional, así como del momento del tratamiento (comienzo, fases medias y fase final). Los objetivos de la misma son recabar información del estado del paciente identificado (PI) y su familia, así como modificar un aspecto relacionado con el síntoma tanto del PI como de la familia (Navarro, 1992). Es así que José Navarro (1992), nos plantea el esquema de entrevista familiar perteneciente al Grupo de Milán que consta de las siguientes fases:

1. Ficha telefónica: el objetivo de esta fase es tomar los datos básicos, establecer la relación y dar información sobre la forma en que trabaja el centro con el que contacta la familia. A través de esta llamada se podrá saber el nombre de la persona que contacta, la persona que remite al paciente, información sobre la familia nuclear y las familias de origen. Así como información sobre lo que está ocurriendo, los síntomas, su frecuencia, la forma en que el círculo inmediato familiar responde, con qué se relaciona el problema y cuándo apareció, cuáles han sido los intentos de solución.

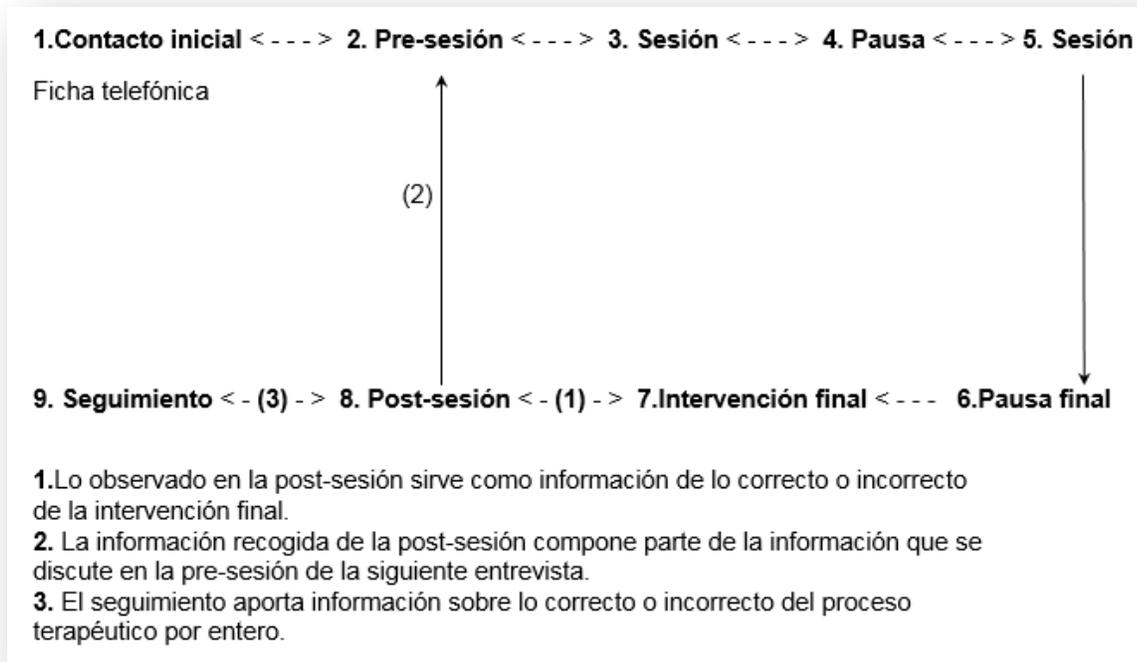
2. La pre-sesión: tiene una duración de entre 15 a 30 minutos, en ésta el equipo terapéutico discute la información más relevante de la ficha telefónica, se elaboran hipótesis, se definen las estrategias de intervención o líneas de trabajo, así como las técnicas concretas para lograr tales estrategias. En otras palabras, se programa el desarrollo de la entrevista, se plantean las metas a perseguir, las preguntas que se utilizarán para validar o falsear las hipótesis. Además de cuestiones estratégicas, como el orden de aparición de los temas, a quién se preguntará primero, entre otros. En caso de no ser la primera sesión, el equipo planteará la información más relevante de la entrevista anterior, si la familia ha mejorado o no, si se comprobaron las hipótesis, etcétera.
3. La sesión: dura aproximada una hora, sus objetivos son obtener información sobre lo que ocurre y la respuesta de la familia a las tareas que se hayan impartido en la entrevista anterior, preparar las tareas que se impartirán al final de la entrevista, procurar un cambio cognitivo y/o conductual de alguna pauta relacionada con el síntoma; esto es, tiene una función de evaluación y otra de intervención. La sesión constará de dos partes: la primera es el trabajo realizado con la familia (la entrevista), la segunda es el trabajo realizado con el equipo que asesora al terapeuta entrevistador. Lo cual se realiza en dos pausas, la primera a la mitad de la entrevista y la segunda al final.
4. La intervención final: en esta se ofrece una conclusión elaborada por el equipo, su objetivo es conseguir que la familia introduzca un cambio en su situación sintomática a través de las orientaciones y tareas propuestas por el terapeuta. Las primeras se refieren a explicaciones sobre por qué la familia se encuentra en la situación actual, las segundas son propuestas alternativas de conducta.
5. La post-sesión: los miembros del equipo realizan una discusión que dura 10 minutos aproximadamente, en la cual hablan sobre la respuesta de la familia a la conclusión que se les otorgó, misma que puede ser verbal o no verbal. Su objetivo es analizar la respuesta de la familia a la intervención final y descubrir hasta qué punto dicha respuesta confirma o no la conclusión. Asimismo, completar, reelaborar, confirmar o negar la evaluación que se hizo de la familia.

6. El seguimiento: alrededor de seis meses después del fin de la terapia se tiene contacto con la familia para obtener información sobre el desarrollo de los problemas del paciente y el estado general de la familia, evaluar los objetivos a mediano plazo que se plantearon con la familia en la última entrevista, tener una evaluación sobre la eficacia de los métodos terapéuticos que fueron usados, así como fungir como una prolongación de la terapia.
7. El desarrollo de la terapia, la entrevista como instrumento de toma de decisiones: esta fase se refiere a las entrevistas posteriores, cuyo principal objetivo es usar la entrevista para evaluar si se está generando un cambio en las interacciones familiares o no. Para con ello, entender las causas de la ausencia de cambio, momento en el cual, el terapeuta deberá tomar otro tipo de decisiones, sobre nuevas y diferentes tareas a realizar.
8. La última entrevista: como se mencionó anteriormente, la terapia se estructura en 10 sesiones, y sólo en algunos casos graves se añaden una o dos tandas de 10 sesiones, de tal modo que la entrevista final se va elaborando a lo largo de todo el tratamiento. De hecho, comienza desde la primera entrevista, en el momento en el que se informa a la familia la duración del tratamiento; para la quinta entrevista se anuncia que se ha alcanzado la mitad del tratamiento. Para la décima entrevista se pide información sobre los cambios introducidos por las tareas, se pide a los clientes que resuman lo que aprendieron durante la experiencia terapéutica, las estrategias que han utilizado para afrontar con éxito los síntomas. En esta sesión se debe atribuir todo el mérito del éxito al cliente, el terapeuta debe hacer énfasis en que lo logrado es gracias al cliente mismo. Posteriormente se pide que establezcan una serie de metas a mediano plazo, las cuales estarán definidas en términos conductuales, es decir sobre lo que se hace (Navarro, 1992).

Navarro (1992) nos presenta de manera simplificada el esquema de entrevista utilizado por el Grupo de Milán, donde se puede observar de manera clara la forma en que se dan los pasos, algunos de los cuales incluso se repiten, como por ejemplo la existencia de la pre-sesión antes de cada sesión [ver figura 3]:

Figura 3.

Esquema utilizado por el Grupo de Milán



Nota. Adaptado de Técnicas y programas en Terapia Familiar (p. 18), por Navarro, 1992, Paidós.

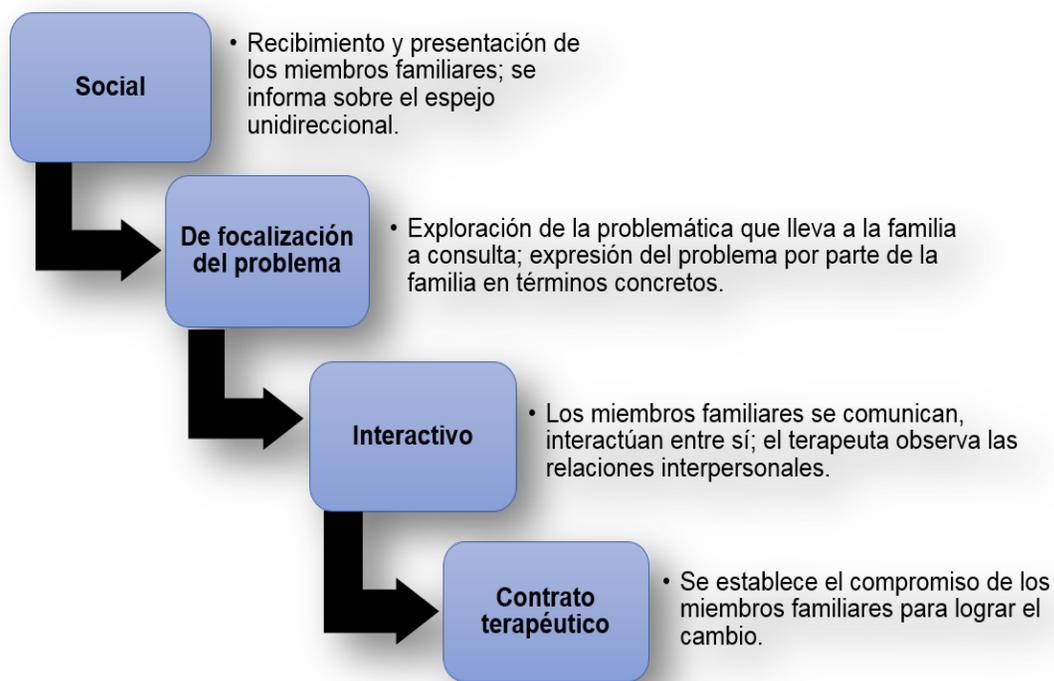
3.8.2 La entrevista inicial en terapia familiar

Anteriormente se planteó el esquema de entrevista del Grupo de Milán, sin embargo, considero que es importante hablar de la entrevista inicial, realizada en la primera sesión, puesto que tiene una importancia fundamental (Andolfi, 1991) por ser el primer encuentro. Para su realización, Andolfi (1991), sugirió dividir la misma en cuatro estadios sucesivos [ver figura 4], donde el primero es el estadio social, en el cual el terapeuta recibe a la familia, permite a los miembros sentarse como quieran, se presenta y les informa la presencia del espejo unidireccional, del supervisor, del grupo de escucha, así como su deseo de establecer una atmósfera confidencial. Después pide a cada uno de

los miembros familiares que se presente. En esta fase, el terapeuta logra recoger información que será de utilidad más adelante, como el tono general de la familia y la forma en que se relacionan los miembros familiares, incluso con el terapeuta (Andolfi, 1991).

Figura 4.

Estadios de la primera sesión en terapia familiar



Nota. Elaboración propia con información de Andolfi (1991).

En el segundo estadio, de focalización del problema, el terapeuta pasa de un conocimiento general de la familia a una exploración de la problemática que condujo a la misma a consulta; aunado a ello, realiza preguntas sobre el problema y recibe información acerca del mismo. Cabe señalar que en esta fase hay cosas que el terapeuta debe evitar: una de ellas es dar interpretaciones o formular comentarios para ayudar a una

persona a ver el problema de forma distinta a como lo presenta, dar consejos pedagógicos o permanecer implicado en las emociones de alguno de los familiares respecto del problema. En contraste, debe permitir que cada uno exprese su opinión sobre el problema, debe solicitar a los miembros que se refieran al problema en términos concretos, sin aceptar definiciones abstractas o generales, anotar si algún miembro hace interrupciones e impedir que esto ocurra de nuevo (Andolfi, 1991).

En el tercer estadio, el interactivo, el terapeuta pretende activar intercambios comunicativos directos entre los miembros familiares sobre el problema (sin que el clínico tome un papel central). Para con ello obtener información sobre las relaciones interpersonales donde se observe tanto la estructura familiar como las reglas que rigen las transacciones de los miembros; lo que a su vez posibilitará formular la hipótesis, así como preparar el camino para establecer el objetivo terapéutico. Finalmente, en el cuarto estadio, el del contrato terapéutico, se concierta el objetivo de la terapia, es decir, se define el objetivo terapéutico antes mencionado y se crea un contrato terapéutico. Mismo en el que se establece la medida del compromiso de cada uno de los miembros para lograr los cambios deseados (Andolfi, 1991).

3.8.3 La entrevista interventiva en terapia familiar

Para Tomm (1987a), la entrevista es una serie de intervenciones continuas realizadas por el terapeuta, lo cual la vuelve interventiva en sí. Lo anterior se debe a que todo lo que dice y hace el terapeuta es “potencialmente significativo para el resultado terapéutico final”, ya que “puede que se evalúe cada pregunta y cada comentario respecto a si constituyen una afirmación o un desafío a uno o más patrones de conducta del cliente o familia” (Tomm, 1987a, p.2).

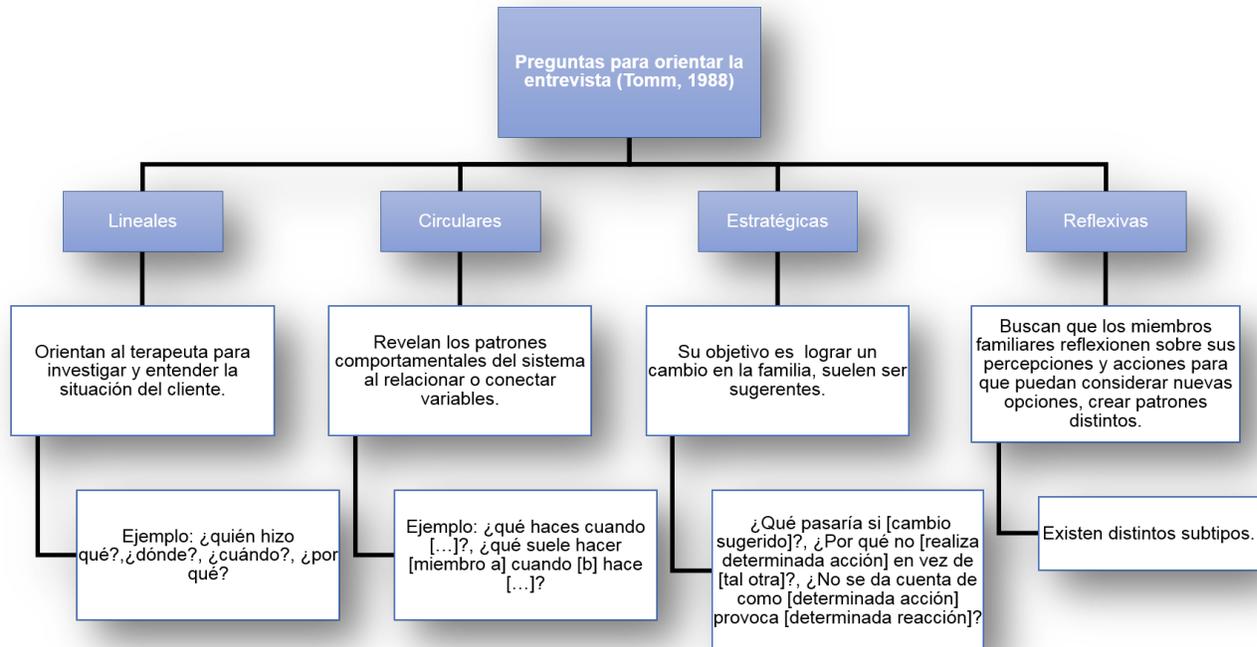
Con lo anterior se entiende que la sola presencia del terapeuta, con o sin intención, es en sí misma una intervención en las pautas familiares, misma que se hace a través de la realización tanto de preguntas como de afirmaciones. Donde las primeras poseen la tendencia a pedir respuestas mientras que las segundas tienden a proporcionarlas. Sin embargo, puede existir un solapamiento entre las mismas, tal como sucede en las

preguntas planteadas del siguiente modo: “debe haber tenido alguna razón para venir a verme”, “la mayoría de la gente viene porque hay algo que les está perturbando muy profundamente” (Tomm, 1988, p.37). A pesar de tal solapamiento, es importante hacer mayor uso de preguntas que de afirmaciones (teniendo cuidado de no caer en un interrogatorio), debido a que esto provoca que se dé mayor atención a los pacientes que al terapeuta. Asimismo, se propicia que los primeros se involucren mayormente en la conversación, con lo que se conduce de manera activa a los clientes a tener un diálogo con el terapeuta, además de que se propicia que el paciente reflexione sobre sus problemas por sí mismo fomentando su autonomía (Tomm, 1988). Se debe agregar que para lograr lo anterior, el terapeuta se asocia con la familia para conseguir un cambio en la organización familiar. Lo anterior, mediante el uso de “modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia, el terapeuta recurre a la matriz de la familia para el proceso de curación” (Minuchin, 2004, p. 37).

Respecto al uso de preguntas, Tomm (1988) distingue cuatro tipos diferentes [ver figura 5], las cuales tienen por objetivo orientar la entrevista para que “se convierta en una conversación para la curación” (p.51), cuyo uso depende de las intenciones del terapeuta. Así, por ejemplo, se tienen las preguntas lineales, que son utilizadas para orientar al terapeuta respecto a la situación del cliente, y su propósito es principalmente de investigación. Algunas preguntas básicas son: “¿Quién hizo qué cosa? ¿Dónde? ¿Cuándo? y ¿Por qué?” (Tomm, 1988, p.43), estas preguntas se usan para unirse a la familia mediante sus puntos de vista.

Figura 5.

Tipos de preguntas para orientar la entrevista en terapia familiar (Tomm, 1988)



Nota. Elaboración propia con información de Tomm (1988).

Además de las preguntas lineales, están las preguntas circulares, cuyo propósito principal es el de explorar, esto es, hacer un nuevo descubrimiento bajo presupuestos interaccionales y sistémicos (en los que se asume que todo está conectado). En este tipo de preguntas se intentan hacer visibles los patrones que conectan “personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, eventos, creencias, contextos, etc., en circuitos recurrentes o cibernéticos” (Tomm, 1988, p.44). Es así que este tipo de preguntas intentan revelar patrones circulares recurrentes por las conexiones entre eventos.

Un tercer tipo de preguntas son las estratégicas, cuya intención es principalmente correctiva, en las cuales el terapeuta se comporta como un instructor o maestro que

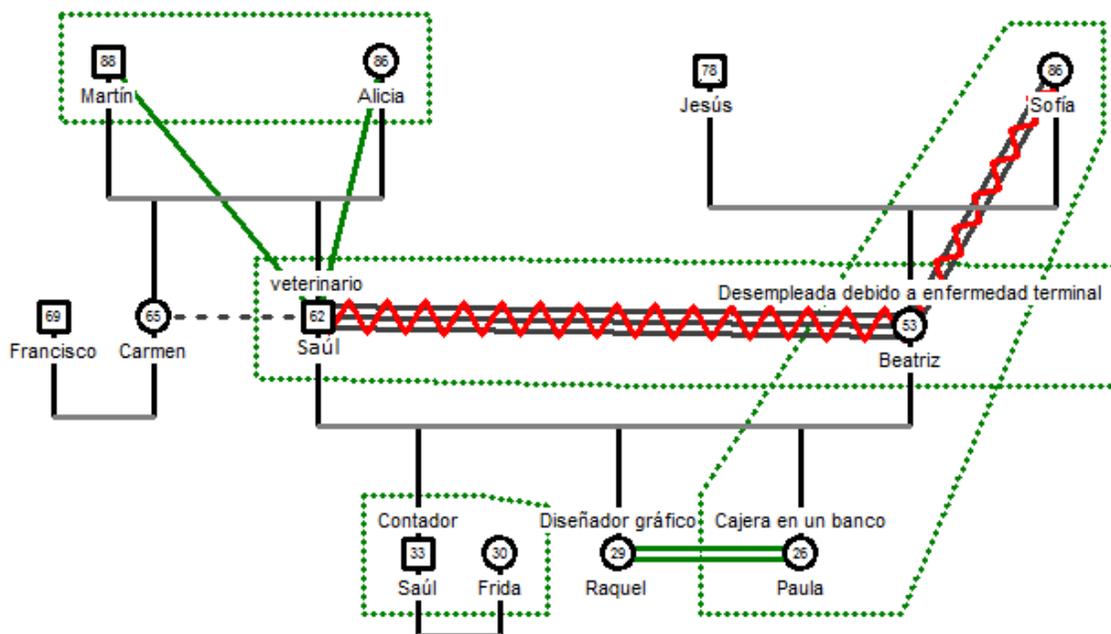
indica a los miembros familiares de qué manera se equivocaron y cómo deberían actuar. En síntesis, se intenta lograr un cambio en la familia por medio de estas preguntas, de hecho, es como dar sugerencias en la pregunta que se explicita (Tommm 1988).

Finalmente, se encuentran las preguntas reflexivas, las cuales buscan influir en el cliente o la familia indirectamente, en estas se asume que los pacientes son autónomos y el terapeuta se comporta “como un guía o entrenador que anima a los miembros de la familia a movilizar sus propios recursos de resolución de problemas” (Tommm 1988, p.45). Es así que el terapeuta interactúa con dichos miembros, de modo que se abran espacios para que la familia vea posibilidades y evolucione (Tommm 1988). Son estas mismas preguntas las que generan el mecanismo que produce el resultado terapéutico en los clientes, ya que permiten a los miembros de la familia crear patrones constructivos de cognición y conducta por sí mismos. Dentro de este tipo de preguntas existen subtipos tales como: preguntas de cambio inesperado de contexto, preguntas orientadas al futuro, con sugerencia implícita, que colocan en la perspectiva de observador, de comparación normativa, que clarifican distinciones, que interrumpen el proceso, así como preguntas que introducen hipótesis (Tommm, 1988).

3.9 El uso del genograma en terapia familiar

El genograma (o familiograma) es una herramienta de utilidad para la terapia familiar, la cual se realiza a partir de la recopilación de información durante la entrevista. Se trata de una representación gráfica de la familia a través de un árbol familiar que registra información sobre los miembros que la conforman, así como las relaciones entre estos durante por lo menos tres generaciones [ver figura 6].

Figura 6. Ejemplo de un familiograma



Nota. Elaboración propia, no representa ningún caso en particular. Las líneas punteadas de color verde indican qué subsistemas comparten el mismo hogar; las líneas punteadas negras indican relaciones distantes; dos líneas, una relación cercana; mientras que tres líneas, una relación muy estrecha. Por último, las líneas en zigzag indican una relación de conflicto.

Es así que esta herramienta estudia a la familia desde un punto de vista histórico, puesto que incluye sucesos nodales y críticos en la historia familiar, al destacar las pautas familiares (tanto actuales como históricas) para, con ello, ilustrar estructuras familiares disfuncionales (McGoldrick y Gerson, 1987). De manera que la utilidad del genograma reside en que permite observar y entender de manera rápida ciertas normas familiares fungiendo de manera eficiente como un resumen clínico. Debido a que permite al terapeuta que desconoce el caso, obtener gran cantidad de información sobre una familia y, con ello, una visión de los problemas potenciales rápidamente. Asimismo, esta herramienta permite realizar un interrogatorio sistemático y orienta a la familia hacia una perspectiva sistemática. Esto es, permite que tanto el terapeuta como la familia tengan un cuadro mayor o una visión más amplia tanto para interpretar de forma horizontal (a través del contexto familiar), como vertical (a través de las generaciones). Lo que posibilita evaluar la relación de los miembros familiares con el drama familiar y su relación con el sistema mayor, así como la vulnerabilidad o fuerza de la familia frente a la situación global. Aunado a lo anterior, el genograma sirve como una herramienta interpretativa subjetiva, de la cual se pueden extraer hipótesis sobre la relación del problema clínico con el contexto familiar, así como la evolución de dicho problema a lo largo del tiempo (McGoldrick y Gerson, 1987).

Es por lo anteriormente mencionado que en el familiograma se buscan pautas de funcionamiento, estructuras y relaciones que continúan de una generación a otra. Ya que las tensiones en el eje vertical familiar pueden crear problemas en el eje horizontal, lo que a su vez, puede tener repercusiones muy serias en el sistema familiar (McGoldrick y Gerson, 1987). A manera de ejemplo, “si una madre joven tiene muchas cuestiones sin resolver con su madre y/o padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las vicisitudes normales de la maternidad (ansiedad horizontal)” (McGoldrick y Gerson, 1987, p. 22).

3.9.1 La construcción del genograma

El familiograma usualmente es realizado durante la primera sesión y se va actualizando conforme se obtiene más información durante sesiones posteriores. En este se añaden tanto los miembros de la familia como los miembros anexos a esta, los cuales tengan un papel relevante en la vida familiar, asimismo, se agrega un resumen de la situación familiar actual, el cual debe incluir los problemas y hechos relevantes. Es por ello que en este se puede observar la relación entre los miembros de la familia, así como la relación de dichos miembros con el contexto más amplio que puede incluir a la comunidad y las instituciones sociales tales como las escuelas, plazas, entre otros (McGoldrick y Gerson, 1987). Por lo que se refiere a los pasos para la creación del genograma, supone tres niveles [ver figura 7], esto es: el trazado de la estructura familiar, el registro de la información sobre la familia y el delineado de las relaciones familiares (McGoldrick y Gerson, 1987).

Figura 7. Pasos para la construcción del genograma de acuerdo con McGoldrick y Gerson (1987)



Nota. Elaboración propia, con información de McGoldrick y Gerson (1987).

Respecto al trazado de la estructura familiar, la cual conforma el esqueleto del familiograma, se trata de la construcción de figuras que representan a los diferentes miembros de la familia, así como el trazado o conexión de estos por líneas que indican las relaciones de estos tanto biológicas como legales. La representación de dichos miembros se hace a partir de un cuadro o un círculo con referencia a su sexo, asimismo, se hacen acotaciones o marcas distintas dependiendo de si se trata, por ejemplo, de una persona fallecida o del paciente identificado. Incluso se marcan los embarazos, abortos y partos de un feto muerto, cada uno de los cuales tiene un símbolo específico.

A través del trazado de líneas, se indican las relaciones biológicas y legales de los integrantes familiares, así como la fecha en que una pareja contrajo matrimonio, las separaciones o divorcios, los casamientos múltiples, entre otros (McGoldrick y Gerson, 1987). Posteriormente, se usa una línea punteada para encerrar a los miembros familiares que viven en la misma casa y se marca una fecha en el extremo inferior derecho del genograma, la cual indica el momento histórico específico que se toma como referencia para realizar el familiograma. Es decir, el genograma no sólo se hace sobre el tiempo presente sino que puede ser trazado con base en un momento específico del pasado, por lo cual se vuelve útil poner la edad de cada persona dentro de su figura. Pero en caso de que dicha persona haya muerto, se usa la fecha de su fallecimiento; así por ejemplo, se puede tomar el momento del comienzo del síntoma o de un cambio crítico en la familia (McGoldrick y Gerson, 1987).

Después de haber trazado la estructura familiar, se puede comenzar a registrar la información demográfica, la cual se refiere a edades, fechas de nacimientos y muertes, ocupaciones, nivel educacional, mudanzas, cambio en el trabajo. Tales datos pueden registrarse en el margen del genograma o, de ser necesario, en una hoja separada, generalmente manteniendo el orden de aparición de los hechos importantes que pudieron haber afectado al individuo. Aunado a lo anterior, se agrega información funcional, que trata de datos medianamente objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y comportamental de miembros de la familia. Así, por ejemplo, se marcan cuestiones como ausentismo en el trabajo o alcoholismo, e incluso, signos de funcionamiento de mucho éxito. También se marcan los sucesos familiares críticos, los cuales abordan

cambios importantes o transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, éxitos y fracasos, lo que nos da un panorama del efecto de la historia familiar de cada individuo.

Finalmente, en la tercera fase de construcción del genograma, con base tanto en lo referido por la familia como en las observaciones directas, se trazan los tipos de relaciones entre los miembros familiares. Para lo cual se usan diversas líneas que simbolizan los tipos de relaciones entre dos miembros del sistema, mismas que pueden ser conflictivas, íntimas, distantes, entre otras. Ahora bien, en caso de que haya discrepancias en la información referida por los miembros de la familia, como regla práctica se toma nota de las mismas cada vez que sea posible. Aunado a esto, la información adicional que no encaje en el genograma, deberá adjuntarse al mismo y ser señalada con un asterisco.

4. Método

En el presente capítulo se describirá la forma en que fue llevado a cabo este estudio, para el cual se escogió un enfoque cualitativo, esto es, de manera más específica, se realizó un estudio de corte transversal no experimental. En primer lugar se hablará de la muestra elegida, posteriormente se hará mención del abordaje de la investigación y se finalizará con el procedimiento.

4.1.Participantes

Respecto al muestreo, se utilizó la técnica no probabilística de voluntarios, y se plantearon como características para ser considerado en el perfil: que los participantes conformaran un sistema familiar, cuyo contexto o ambiente fuera la República Mexicana y que hubieran sido parte del confinamiento por la pandemia de COVID-19. En cuanto al tamaño de la muestra, se trató de un estudio de caso, lo cual se debe a que, dadas las condiciones del contexto, era poco accesible y tomaría mucho más tiempo usar una muestra de un tamaño mayor.

Fue así que se encontró una muestra viable, ubicada en el Estado de Morelos, México, la cual respondió activamente a una invitación a participar en el estudio. Estaba compuesta por una familia de cuatro integrantes, la madre y tres hijas, sin embargo, sólo tres de las mismas pudieron participar en la entrevista, la madre y dos de sus hijas, cuyos nombres fueron modificados para salvaguardar su confidencialidad. A continuación se muestra una tabla que explicita mayor información:

Tabla 1.*Participantes*

Nombre	Edad	Género	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Rosalía	52 años	Femenino	Madre	Licenciatura en educación especial	Médico naturista y estudiante de psicología
Mariana	24 años	Femenino	Hija	Licenciatura en curso	Estudiante de arte en la universidad
Sofía	15 años	Femenino	Hija	Bachillerato en curso	Estudiante de preparatoria

Como método de recolección de datos se utilizó la observación, así como la entrevista semiestructurada, misma que tuvo una duración de hora y media. Dicho método fungió como una guía de asuntos y preguntas, sin embargo, varias preguntas fueron modificadas, de acuerdo a la forma en que se desenvolvía la entrevista. Esto es, fue adaptada para introducir preguntas adicionales en caso de considerarse necesaria la obtención de mayor información.

4.2.Diseño

En cuanto al diseño o abordaje de investigación, se ha explicitado anteriormente, que se trata de uno cualitativo, sobre el cual es importante puntualizar que se caracterizan por ser flexibles y abiertos, a diferencia de los cuantitativos. Por lo cual su desarrollo se adaptó a las circunstancias del estudio, más que regirse por un esquema inamovible o un diseño estandarizado (Hernández *et al.*, 2014). De manera más específica, el presente estudio inductivo tiene un abordaje fenomenológico empírico en tanto que se toma en cuenta la interpretación y las experiencias de los participantes. Asimismo es fenomenológico hermenéutico, en tanto que se hace un análisis de tales experiencias e interpretaciones, mediante el foco de la terapia familiar sistémica.

Respecto al abordaje fenomenológico, se debe a que dentro de sus propósitos está tanto describir como entender el fenómeno, esto es, los cambios en la dinámica familiar, así como la vivencia de los participantes respecto a dicho fenómeno. Es decir, la vivencia del confinamiento como familia, los cambios provocados a raíz de tal confinamiento, así como la repercusión en sus vidas. De este modo, se obtuvieron las perspectivas de las participantes, la esencia de lo que ellas experimentaron respecto a la problemática tratada. En otras palabras, la forma en que vivieron e interpretaron el confinamiento por la COVID-19, es así que se obtuvo una perspectiva en conjunto: de la totalidad del sistema familiar, así como de cada subsistema o participante. Sobre lo cual se tomó como base el análisis de los discursos y temas, así como el impacto y los posibles significados que el confinamiento por la pandemia de COVID-19 tuvo para ellas. Lo anterior seguido por el mismo análisis por parte de la investigadora, a la luz de los planteamientos de la terapia familiar sistémica.

4.3. Procedimiento

A continuación se presenta un resumen de los pasos efectuados en la investigación, el primero de ellos fue la revisión documental sobre terapia familiar sistémica. Seguido de ello, se delimitó el fenómeno específico a estudiar, es decir, los cambios en la dinámica familiar derivados del confinamiento por la pandemia de COVID-19, a lo cual siguió la investigación bibliográfica sobre COVID-19, su definición, su sintomatología, de dónde provenía, el confinamiento derivado de dicha enfermedad, entre otros.

Eventualmente, comenzó la inmersión en el campo, cuyo contexto fue la República Mexicana, es así que, desde la Ciudad de México, se realizó la búsqueda de una familia voluntaria, mediante una convocatoria con los medios al alcance. Respecto de la cual se obtuvieron algunas respuestas positivas para participar en la investigación, se realizó un filtrado de los posibles participantes, por lo cual se determinó que la opción más viable sería la familia mencionada en el subapartado anterior, misma que residía en el Estado de Morelos.

Una vez seleccionada la muestra, me puse en contacto con la cabeza de familia, a quien expliqué los motivos de mi investigación, cuestiones éticas, duración de la investigación, entre otros. Como medios de recolección de datos, decidí hacer uso de la observación y de una entrevista semiestructurada, por lo cual diseñé un esquema de entrevista, que me serviría como guía para recabar la información necesaria (ver anexo 2). Se consideró su aplicación por vía electrónica, pero finalmente determiné que sería mejor realizarla en persona en el lugar donde radicaba la muestra. Cuestión a la que las participantes asintieron sin problemas, ya que se seguirían todos los protocolos para evitar cualquier posible contagio de COVID-19, además de que ambas partes habíamos permanecido confinadas. Aunado a ello, tanto la ciudad donde resido, Ciudad de México, como el lugar donde viven las participantes, Morelos, se encontraban en semáforo naranja. Esto es, se había pasado de la autorización de actividades esenciales a actividades no esenciales al 30% de su capacidad (Gobierno de México, 2020c). Después de

acordada la cita, me dirigí al lugar estipulado para la entrevista, fui recibida por la familia y realicé la técnica de unión y acomodación (Minuchin, 2004). Posteriormente se procedió a la aplicación de dicha entrevista tomando en cuenta el formato de entrevista ya mencionado, cuyos pasos 1 a 4 seguí de manera exacta; sin embargo, tal como lo permite la investigación cualitativa, tanto las preguntas planteadas como el orden de las mismas fueron modificados en el desarrollo de la entrevista.

Fue así que decidí comenzar con la exploración de la dinámica con el resto de los miembros familiares, es decir, la forma en que se relacionan los miembros de la familia entrevistada con el resto de los familiares (fuera de la familia nuclear); así pues, recabé información relevante de tres generaciones para la realización de los familiogramas. Posteriormente hice diversas preguntas, tanto dirigidas a la familia en general como a miembros en específico, con el objetivo de obtener narraciones sobre las pautas de interacción del sistema, tanto previas como posteriores al confinamiento. Durante la entrevista, recolecté datos en audio y de manera escrita, a través de la toma de notas relevantes, asimismo, parafraseé las narraciones que se me refirieron, con el fin de corroborar si estaba entendiendo correctamente lo que la familia planteaba. Es importante mencionar que durante toda la entrevista, las participantes se mostraron muy amigables, joviales, cooperativas e interesadas en expresar su punto de vista, hablar de sí mismas, de sus vidas y de su familia. Al finalizar, agradecí la colaboración de las participantes, quienes se mostraron muy contentas y conformes por haber sido parte del estudio.

Luego de la recolección de los datos, realicé la transcripción de información relevante, obtenida durante la entrevista, la cual asenté en el presente apartado. De este modo, hice una descripción de la familia estudiada, su dinámica familiar previa y posterior al confinamiento, así como el trazado de los familiogramas y tablas pertinentes. Finalmente, hice un análisis de los datos obtenidos, para después interpretarlos bajo las premisas y la visión de la terapia familiar sistémica. Dicho de otro modo, hice una lectura de los datos descritos mediante el lente de la teoría de la terapia sistémica, misma que se plasma en el siguiente subapartado.

5. Resultados

5.1 Datos de los subsistemas

Tabla 2.

Familiares

Nombre	Edad	Género	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Rosalía	52 años	Femenino	Madre	Licenciatura en educación especial.	Médico naturista y estudiante de psicología
Danna	26 años	Femenino	Hija	Licenciatura.	Trabajadora
Mariana	24 años	Femenino	Hija	Licenciatura en curso.	Estudiante de arte en la universidad
Sofía	15 años	Femenino	Hija	Bachillerato.	Estudiante de preparatoria

5.2 Descripción de la dinámica familiar previa al confinamiento

Rosalía, Mariana y Sofía se mudaron al Estado de Morelos hace un año a un fraccionamiento pequeño, limpio y colorido, en el cual se observa con claridad que se le da mantenimiento constantemente, está compuesto de alrededor de 15 casas y una alberca. Es importante señalar que su casa es grande, con techos más altos de lo normal, de dos pisos; en la parte trasera tienen un jardín y en la parte frontal hay espacio para estacionar dos automóviles. Mientras que Danna decidió quedarse a vivir sola en la Ciudad de México, para lo cual Rosalía le provee cierta cantidad de dinero mensual para pagar la renta. Rosalía estudia psicología en línea, y trabaja como médico naturista, para lo cual muchas veces se traslada a la Ciudad de México por uno o dos días para dar consultas. Por su parte, Mariana estudia arte en la universidad y Sofía estudia el bachillerato. Luis y Rosalía se divorciaron en el año 2006; actualmente, Luis vive con su pareja en Guanajuato y trabaja en Querétaro en un negocio familiar junto con su pareja y sus hermanos. Razón por la cual no puede verse a menudo con sus hijas.

El día a día de las participantes consta de múltiples actividades, así pues, comúnmente se despiertan alrededor de las seis de la mañana, Rosalía prepara el desayuno mientras que sus dos hijas se alistan. Posteriormente, Rosalía las lleva a sus respectivas escuelas, donde Sofía permanece de las 8 a las 14 horas, mientras que Mariana suele permanecer de las 8 a las 15 horas en clases, para posteriormente asistir a lecciones de tiro con arco y lecciones de canto, por lo cual usualmente sale de la escuela alrededor de las 6 o 7 p.m. En el transcurso de ese lapso, Rosalía permanece en casa meditando o practicando yoga, realiza labores del hogar, prepara la comida y recoge a Sofía del colegio. Posteriormente, cuando Mariana sale temprano de la escuela, comen todas juntas, momento que aprovechan para platicar y convivir, luego toman tiempo para “hacer sus cosas” por separado. Esto es, tomar clases en línea (en el caso de Rosalía), hacer tareas o deberes, descansar, nadar, ser visitadas por sus respectivos novios, Daniel y Saúl, quienes son hermanastros; cabe señalar que son vecinos de las participantes, y son considerados como amigos de la familia. Al finalizar el día, cenan

Rosalía, Mariana, Danna y Sofía tienen una relación muy estrecha y libre de conflictos, lo que ellas califican como “llevarse muy bien”. Al mismo tiempo, Rosalía es muy unida con sus padres y hermanas, a quienes ve seguido, al igual que Mariana y Sofía lo hacen. Luis tiene una relación de conflicto con Rosalía, ya que hace dos años, esta última interpuso una demanda de pensión alimenticia debido a que tenían “casi que rogarle para que les hiciera el depósito” de la pensión. Mariana tiene una relación distante con su padre, en realidad hace poco retomó contacto con él, puesto que tenían una relación de conflicto, pero actualmente las cosas son “mejores” en su relación. Sofía siempre ha sido muy unida con su padre, de hecho es quien más contacto tiene con él, a menudo realizan videollamadas o se hablan por teléfono, asimismo, lo visita aproximadamente cada seis meses, periodo en el que él la lleva a muchos lugares y esta “se la pasa muy bien”. Respecto a la relación con sus abuelos, mencionan que es bastante cordial, aunque es una relación más abierta y relajada con los abuelos maternos, Juan y Mónica. Quienes contrajeron segundas nupcias y tienen una relación cordial, sin embargo serían “amiguísimos” de no ser porque sus respectivas parejas “se ponen celosas”.

5.3 Descripción de la dinámica familiar posterior al confinamiento

Las participantes han estado confinadas desde el día 20 de marzo del 2020 hasta el día de la realización de la entrevista, esto es, el 12 de julio del 2020. Este periodo ha consistido de distintas etapas, las participantes refieren que en un inicio, no sintieron que sus rutinas “variaron mucho” y se relacionaban prácticamente igual que el periodo previo al confinamiento. De hecho mencionan, que no percibieron cambio alguno en este periodo, cuestión que duró alrededor de tres meses. Lo anterior, explican, se debe a que cada una continuó realizando sus actividades individualmente y conviviendo en su tiempo libre, tal como lo hacían antes del confinamiento. Es así que, tanto Sofía como Mariana, siguieron usando la misma cantidad de tiempo para tomar clases, pero en línea.

Posteriormente, terminaron las clases en línea y comenzó el periodo vacacional, por lo cual se dio una etapa en la que se sintieron muy cómodas de no tener deberes. Pero, Mariana refiere que, al poco tiempo, empezaron a tener “demasiado tiempo libre” sin una rutina establecida, por lo cual comenzaron a “apachurrarse”, esto es, a sentirse tristes, desganadas. Rosalía concuerda con esta afirmación y menciona que comenzaron a deprimirse, que no se arreglaban ni se bañaban, asimismo, esta última comenzó a preocuparse por las cuestiones económicas, ya que, al no poder trabajar, le inquietaba “qué pudiera pasar”.

Después de esta etapa, Rosalía plantea que “se puso alerta” y comenzó a mirar este tiempo como una oportunidad, por lo cual consideró que era bueno establecer nuevos hábitos para evitar que surgieran problemas, depresión, etcétera. Mariana concordó con la importancia de establecer una rutina para evitar sentirse “apachurradas”. Fue así que decidieron era buen momento para hacer un huerto y un gallinero (mismos que habían pospuesto por largo tiempo), los cuales realizaron con ayuda de sus novios y otro amigo de la familia, esto es, Daniel, Saúl y Edgar. Además de ello, arreglaron un departamento que se encontraba inhabilitado en el último piso de su casa, mismo que usarán, en un futuro, para visitas.

En ese mismo periodo, Rosalía comenzó a dar consultas por internet y ofertó dos cursos de medicina alternativa de manera gratuita por el mismo medio, pero eventualmente comenzó a cobrar por dichos cursos. En los cuales menciona, empezó con pocos alumnos, pero actualmente tiene alrededor de 30 en cada grupo, y según refiere “le convino”, porque dejó de hacer ciertos gastos como pagar renta, trasladarse a la CDMX, arriesgarse en dicho traslado e, incluso, trabaja menos tiempo que antes y recibe mayores ingresos. Mariana refiere que ha usado este lapso para hacer música y para dibujar un cómic junto con Daniel y Edgar, ya que se inscribieron en un concurso. Asimismo comenzó a ver tal lapso como un tiempo para autoanalizarse y una oportunidad para crecer. Sofía, por su parte, considera que ahora tiene más tiempo para sí misma, el cual ha usado para hacer cosas como ponerse mascarillas, aprender a cocinar, adentrarse en las tareas del hogar, así como aprender a tocar el piano viendo tutoriales en *Youtube* junto con Daniel y Edgar.

Es importante señalar que Rosalía hace mención de que en este periodo, tanto Mariana como Sofía “han tenido su etapa insoportable”, lo cual incluso se ha manifestado en los amigos de la familia, quienes las visitan a diario durante largo rato, Daniel, Saúl y Edgar. Por ejemplo, Mariana y Sofía tuvieron peleas constantes durante algún tiempo, pero supieron solucionarlas en su momento. Cuando esta etapa insoportable surgía, los demás miembros del sistema, incluyendo los vecinos ya mencionados, hacían intervención para estabilizar al miembro en conflicto, hablando con dicha persona. En el caso específico de Sofía no funcionó dicha intervención, cuestión que continuaba restando estabilidad al sistema, por lo que Sofía tomó la decisión de comenzar a acudir a terapia psicológica en línea; lo cual ella misma refiere, le ha servido mucho, es decir, esto permitió que Sofía lograra estabilizarse.

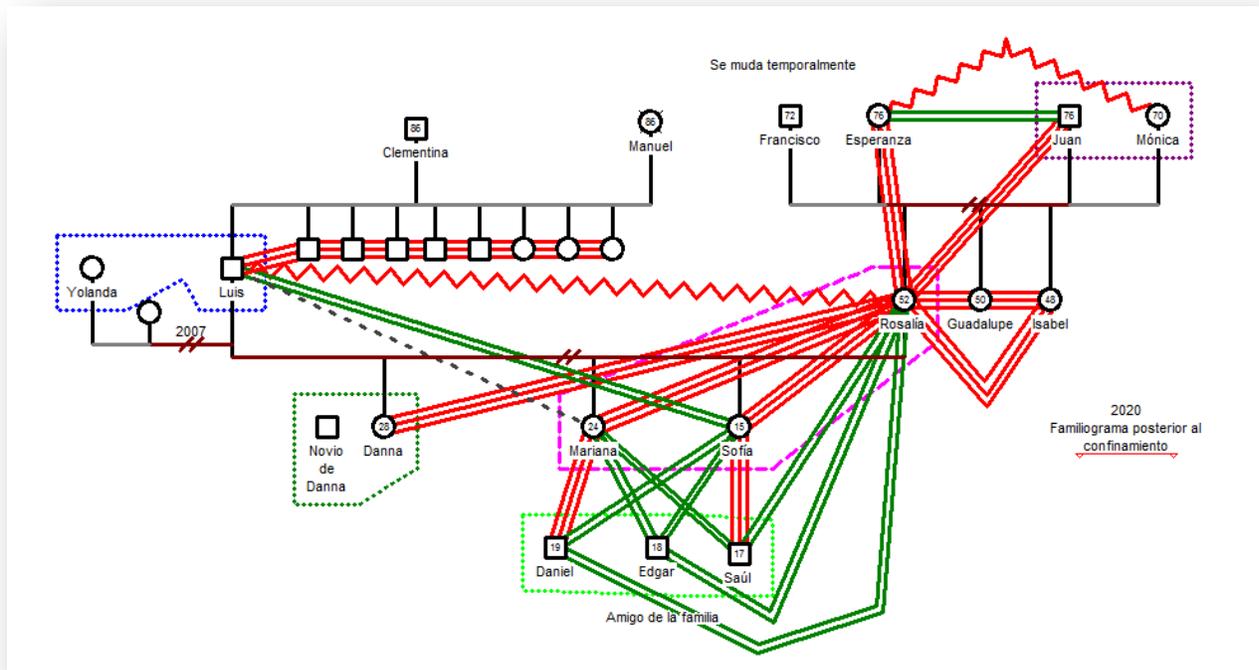
Actualmente, su día a día consta de levantarse más tarde que antes, cada quien dedica tiempo a las actividades que desea realizar de forma individual, esto es, dedican más tiempo a las actividades que les gustan. Por ejemplo, Rosalía medita por más tiempo, hace yoga, acomoda sus horarios de estudio a su gusto; Mariana atiende a su gato o hace cosas artísticas, como dibujar; entre otros. Después, preparan el desayuno

y “chismean”, es decir, platican de cosas diversas por horas, preparan la comida, atienden su huerto y a sus gallinas, son visitadas por sus respectivos novios y por Edgar (quien en este periodo se mudó con Daniel y Saúl). Con quienes ven series o películas, trabajan en proyectos o se reúnen todos en la habitación de Rosalía a platicar por horas.

Respecto a las relaciones familiares, se modificaron tal como se muestra en el fami-liograma 2 (ver figura 9):

Figura 9.

Familiograma posterior al confinamiento



Se observa que los miembros de la familia nuclear, Rosalía, Mariana, Sofía y Danna tienen una relación muy cercana y sin conflicto. Rosalía tiene una relación cercana con sus padres y hermanas, sin embargo, no ha podido verlos durante el confinamiento. Luis y Rosalía tienen una relación de conflicto. Luis y sus hermanos se han unido a raíz

de que uno de dichos hermanos enfermó de COVID-19 y estuvo a punto de morir. Se observa que las participantes tienen una relación cercana con los vecinos anteriormente mencionados. Recientemente Danna se mudó con su novio, lo que implica que Rosalía ya no tendrá que ayudarla a pagar la renta, por lo que se siente más tranquila en ese sentido. Asimismo, Francisco, esposo de Esperanza (madre de Rosalía), se mudó temporalmente, debido a que decidió visitar a uno de sus hijos, por lo cual su esposa le advirtió que no volviera a casa por un tiempo, debido al riesgo de contagio.

6. Discusión

En el presente apartado se presentará un análisis de los hallazgos obtenidos durante la investigación, esto es, se dará una interpretación de los resultados con base en los postulados de la terapia familiar sistémica. Asimismo, se hará una autoevaluación de la totalidad de la investigación en el apartado de conclusiones, es decir, se hará mención de las implicaciones de los hallazgos obtenidos, las limitaciones y recomendaciones para otros estudios.

6.1. Análisis de resultados

El sistema familiar estudiado está conformado por el subsistema parental, el cual se encuentra totalmente desligado, ya que como se mencionó en apartados anteriores, Rosalía y Luis se divorciaron hace varios años y existe un conflicto en su relación, el cual se intensificó hace dos años a raíz de que Rosalía interpuso una demanda de pensión alimenticia, razón por la cual cortaron comunicación. Respecto al subsistema fraterno, se encuentran tres integrantes: Danna, Mariana y Sofía, quienes solían tener un estilo transaccional con límites claros, debido a que cada una era autónoma, pero mantenían una relación amigable. Sin embargo, sus límites se volvieron difusos a raíz del confinamiento convirtiéndose en un estilo transaccional de aglutinamiento, ya que Mariana y Sofía pasaban mucho tiempo juntas, lo que provocó que “se hartaran una de la otra” y surgieran peleas.

En cuanto a las transacciones entre el subsistema parental y el fraterno, por un lado, son desligadas, ya que Luis no convive demasiado con el subsistema fraterno, puesto que ni siquiera viven en el mismo estado. Por el otro lado, se da un estilo transaccional aglutinado con Rosalía, con quien más han convivido y con quien vive actualmente el subsistema fraterno, con excepción de Danna, quien vive con su pareja. Acerca de la centralidad, se encuentra en uno de los miembros del subsistema parental, esto es,

Rosalía, ya que en ella recaen mayoritariamente las interacciones familiares y posee el nivel jerárquico más alto. Es así que se trata de quien plantea las reglas familiares e intenta mediar cuando se da algún conflicto en el sistema, un ejemplo claro de ello se dio cuando Rosalía tuvo la iniciativa de realizar intervenciones en los miembros que presentaban el síntoma. Mientras que Luis se encuentra en la periferia, al no participar en la organización familiar.

Previo al confinamiento derivado de la pandemia de COVID-19 existían límites claros entre los subsistemas, esto es, cada uno de ellos se desenvolvía de manera autónoma en sus actividades diarias, pero compartían ciertos momentos, por lo que mantenían la comunicación y preservaban sus funciones protectoras. En términos generales, no se trataba de una familia desligada, en tanto que no existían límites muy rígidos entre los subsistemas, la comunicación no era difícil ni se hacían a un lado las funciones protectoras, tampoco se trataba de una familia aglutinada. Sin embargo, sí existía una interacción desligada entre uno de los subsistemas parentales, Luis, y el resto de los miembros del sistema.

Ahora bien, el confinamiento implicó una transformación total en las vidas de los subsistemas, muchas de sus actividades se limitaron únicamente al interior del hogar, como lo son: sus condiciones de estudio, ya que anteriormente se trasladaban a sus respectivos colegios para tomar clases; se acrecentó el nivel de convivencia obligada con los demás subsistemas; cambiaron las condiciones de trabajo, entre otros. Aunado a ello, los subsistemas experimentaron dificultades para reorganizar sus actividades diarias o establecer una rutina, por lo que percibían que “se tenía demasiado tiempo libre”; razón por la cual comenzaron a sentirse tristes, desganadas, deprimidas. Incluso, en momentos distintos, la mayoría de los subsistemas y sujetos relevantes en la vida familiar (sus vecinos Edgar, Saúl y Daniel, quienes las visitan a diario desde que inició el confinamiento) presentaron lo que refieren como “una etapa de insoportables”. En la que se dio una secuencia sintomática donde se mostraban sumamente irritables, molestas, intolerantes y en conflicto con el resto de los miembros, lo que implicó el movimiento del síntoma entre los subsistemas (se podría decir que el síntoma se fue manifestando en diferentes miembros del sistema a lo largo del confinamiento). Es así que

el confinamiento implicó cambios inter e intrasistémicos que generaron tensión, lo que a su vez afectó el funcionamiento familiar y derivó en ciertos problemas tales como peleas en el subsistema fraterno, debido a que tanto Mariana como Sofía se sentían invadidas la una por la otra, por verse todo el tiempo, por percibir que se entrometían en sus actividades personales, etc. (lo que Rosalía percibe como la pérdida de “tener cada quien su espacio” o su autonomía).

En respuesta a estos cambios, el sistema intentó mantener su homeostasis o restaurar su equilibrio, lo que provocó que se diera un cambio compensatorio tanto en los subsistemas como en los miembros relevantes ya mencionados. Esto es, reaccionaron a la expresión del síntoma, cuestión que se observa claramente cuando el resto de las unidades actuaba o intervenía en el comportamiento del miembro sintomático para equilibrarlo (mediando la modificación de la unidad portadora del síntoma). Lo cual lograban mediante el uso de la comunicación y al hacer que el portador del síntoma “viera las cosas diferente”, al modificar su actitud, mostrarse comprensivos, condescendientes o tolerantes con dicho sujeto. Aunado a lo anterior, se dio una transformación en el estilo transaccional del sistema, mismo que pasó de tener límites claros, a tener límites difusos; lo cual significa que se transformó en un sistema aglutinado, en tanto que se incrementó la comunicación, así como la preocupación entre los miembros familiares, a la par que disminuyó la distancia que mantenían. Lo anterior se refleja en el hecho de que los miembros se vieran interferidos por el comportamiento o actitud del resto de los subsistemas; ya que el cambio en una de las unidades afectaba drásticamente a las otras y, por lo tanto, al sistema mismo. Cuestión que generó una pérdida de autonomía o aglutinamiento, lo que, a su vez, ocasionó relaciones de conflicto, que eventualmente se transformaron en relaciones de unión por la búsqueda de homeostasis del sistema.

Pero además de la homeostasis o los intentos del sistema para lograr el equilibrio, se observa la morfogénesis, en la que los miembros del sistema desarrollaron nuevas habilidades para manejar los cambios. Por lo cual se dio una redistribución de roles y una transformación tanto en los subsistemas como en el sistema mismo. Un ejemplo de lo anterior es cuando Mariana reacomodó la manera en que usaba su tiempo, Rosalía se adaptó a una nueva forma de trabajo al ofertar sus servicios vía *online*, Sofía se

adentró en las labores del hogar. Mientras que, en conjunto, generaron diferentes habilidades para interactuar unos con otros, así como nuevas formas de pensamiento al considerar este cambio como una oportunidad, o lo que Rosalía refiere como “un volver a empezar, un tiempo que el COVID le está regalando”.

Fue así que, a partir de este proceso de cambio al que el sistema familiar fue sujeto, se dio un periodo de adaptación al nuevo contexto, por lo que se transformaron las pautas de interacción. Lo que, como Andolfi (1991) menciona, permite que se mantenga la continuidad de la familia y el crecimiento de sus miembros. En este caso específico, en un inicio el sistema familiar pasó de tener un estilo transaccional con límites claros a uno aglutinado o con límites difusos, pero posteriormente, logró estabilizarse a sí mismo, reinstaurando dichos límites claros de una manera adecuada para las nuevas condiciones. En los cuales, a pesar de estar en el mismo espacio, pudieron recuperar su autonomía y el desarrollo de sus funciones sin interferencias, al tiempo que no eliminaron la interacción o el contacto entre los miembros del sistema. Incluso, cambiaron pautas de interacción que les parecían poco funcionales, debido a que, según refieren, tuvieron suficiente tiempo para “autoanalizarse”. A diferencia del periodo previo al confinamiento, en el que no tenían tiempo suficiente, “siempre andaban corriendo”, “siempre había una excusa para no hacer las cosas” y “cada quien andaba en su rollo”.

Dentro de las pautas disfuncionales que modificaron, está el hecho de que Mariana propusiera a su madre dejar de hacer comentarios iracundos sobre su padre (cuestión que tensaba al resto de los miembros familiares). Además de ello, que decidieran “dejar de criticar a los demás” como lo hacían antes, ser más asertivas, hablar directamente sobre las cosas que les molestaban, y con ello, solucionar conflictos. Me gustaría recalcar, que tal impacto en las relaciones familiares, no sólo modificó la interacción del sistema de manera inter e intrasistémica, sino que, al modificarse el contexto inmediato de la familia, se modificó la experiencia subjetiva de los subsistemas (Minuchin, 2004). Lo cual se refleja cuando las participantes refieren que ahora hacen cosas que les gustan, “cosas para sí mismas”, tienen tiempo para realizar proyectos que habían querido hacer desde hacía tiempo, se han vuelto más analíticas sobre sí mismas, entre otras.

En suma, el sistema familiar experimentó dificultades cuando percibió mayor cambio en su contexto inmediato o su estilo de vida, es decir, cuando refieren que tenían mucho tiempo libre, no tenían una rutina establecida, y experimentaron lo que Rosalía refiere como el desprendimiento de “tener cada quien su espacio”. Por lo cual sus relaciones familiares comenzaron a ser de conflicto, momento que se trató de un periodo de adaptación. Pero lejos de que empeorasen sus interacciones y se acrecentasen los conflictos familiares y personales, el sistema logró equilibrarse a sí mismo, romper con la secuencia sintomática, reestructurar sus interacciones, así como su experiencia subjetiva de manera positiva.

De este modo, se dio un cambio de segundo orden, es decir, se dieron nuevas reglas de organización en el sistema en vez de uno de primer orden en el que el cambio mantuviera la conducta sintomática. En otras palabras, el confinamiento permitió el surgimiento de cambios positivos en el sistema familiar, esto es, un crecimiento tanto del sistema como de los subsistemas; asimismo permitió que desarrollaran herramientas para solucionar los conflictos; mejoraran sus pautas relacionales, entre otros. Tales cambios positivos, se deben en gran parte al hecho de que previo al confinamiento, la familia estudiada poseía límites claros, una ordenación jerárquica clara, así como reglas de interacción, en las cuales estaba establecida la importancia de una interacción armoniosa de manera implícita. Además de ello, existía una baja probabilidad de que el sistema emitiera secuencias de interacción distintas a las ya establecidas (limitación). Es importante aclarar que lo anterior no significa que no se dieran cambios en la dinámica familiar ni en el sistema, sino que aunque los cambios en el contexto sí generaron una transformación en el sistema mismo, se dificultaba el hecho de que sus interacciones se dieran en una dirección contraria (que se dirigieran hacia el conflicto), debido a sus procesos de retroalimentación, dado que previamente se encontraba instaurado un ambiente armonioso dentro de dicho sistema.

6.2. Conclusiones

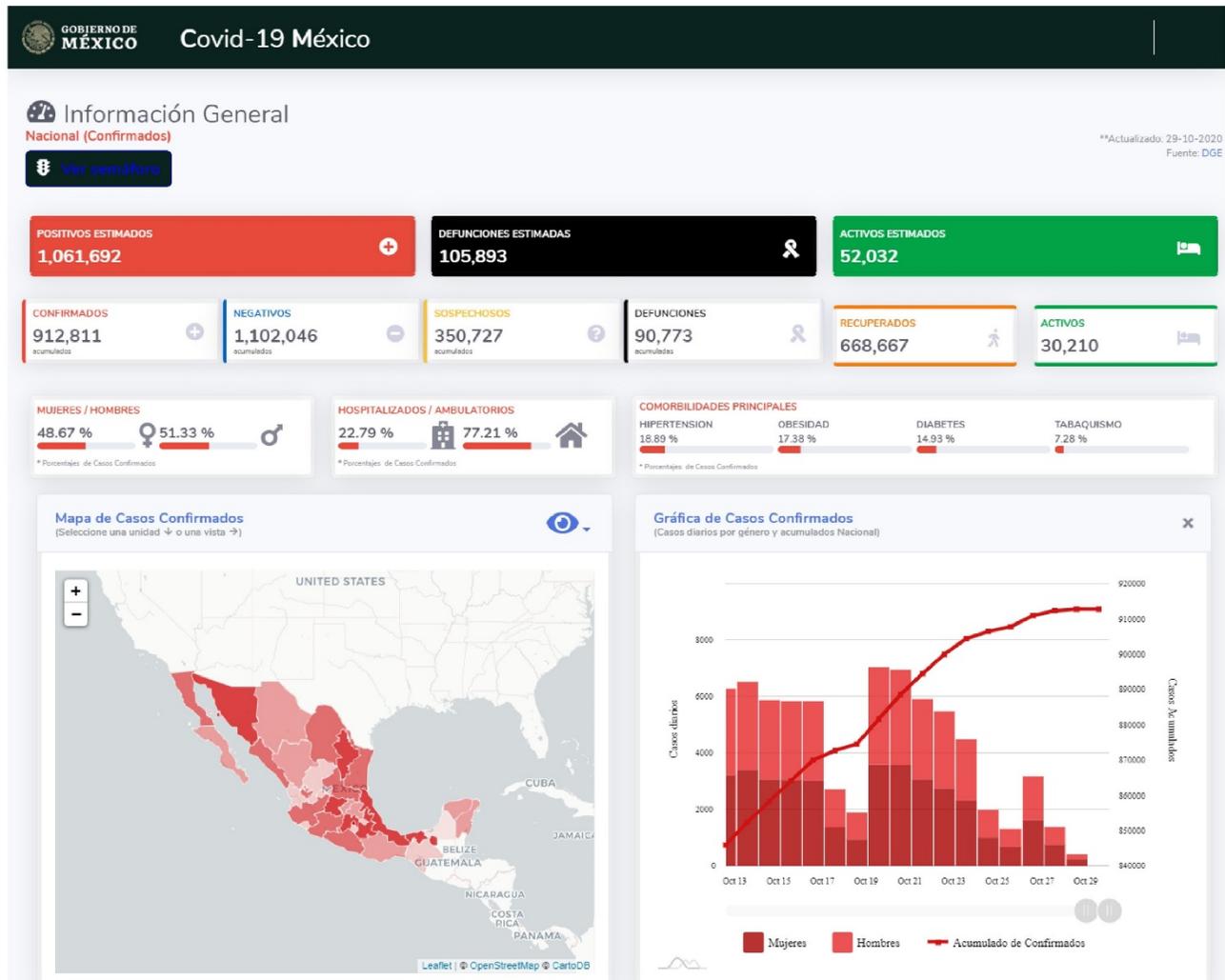
A través de la presente investigación, se corrobora que los resultados obtenidos coinciden con lo planteado por la teoría de la terapia familiar sistémica. Esto es, la presencia de cambios en la dinámica familiar cuando se modifica el contexto en el cual se encuentra inserta la familia. De manera inesperada, los cambios acaecidos en el contexto inmediato del sistema estudiado implicaron beneficios o mejoras para la presente familia, lo que ellas mismas etiquetan como “un tiempo que les regaló el COVID”. A través de esto reestructuraron sus pautas de interacción, con lo que se volvieron más unidas y lograron la resolución del conflicto, derivado de los intentos del sistema para recuperar su homeostasis. Lo anterior nos lleva a preguntarnos si, de haberse estudiado una familia con pautas de interacción conflictivas previas al confinamiento, se habría dado un cambio de primer orden. Es decir, un cambio que no alterase la conducta sintomática sino que contribuyera a mantenerla, o un cambio de segundo orden, esto es, un cambio cualitativo que implicase nuevas reglas de organización en el sistema (Ochoa de Alda, 1995). Con base en los resultados obtenidos y el análisis del subapartado anterior, me inclino a pensar que lo más probable es que se diera un cambio de primer orden, el cual mantuviera o acrecentara el síntoma. Sin embargo, esta cuestión podrá ser contestada en futuras investigaciones más extensas, tanto en el tamaño de la muestra como en la profundidad del estudio, así como con el diseño de otros instrumentos.

De lo anterior deriva el hecho de que considere ciertas limitaciones del estudio: en primer lugar, que no se utilizara una muestra extensa, lo cual se debió a las dificultades del contexto en el cual se ubicaba la investigadora. Esto es, las condiciones de la pandemia dificultaron el acceso a una muestra mayor. Lo segundo, que deriva del punto anterior, hace referencia a que el estudio no es estadísticamente representativo de la población, que si bien no es estrictamente necesario en la investigación cualitativa, considero que sería importante realizar una investigación con una muestra más grande eventualmente. Con ello se podría solventar otra de las limitaciones encontradas, esto

es, que no se llega a la saturación de categorías, lo cual se refiere a que no se acrecentó el tamaño de la muestra, hasta que se consiguiera que los nuevos elementos obtenidos ya no aportan datos novedosos.

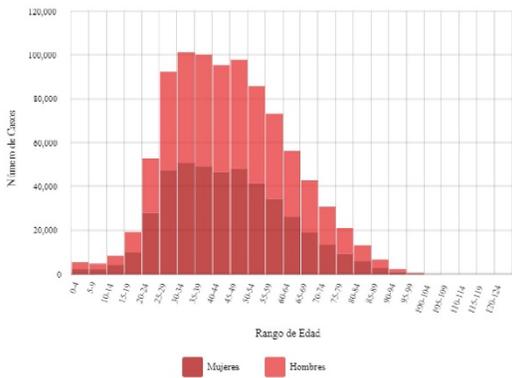
7. Anexos

7.1 Anexo 1⁴

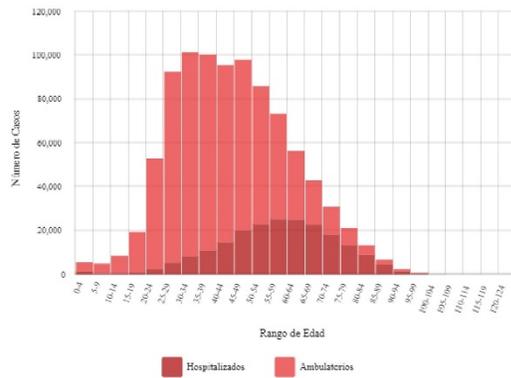


⁴ Captura de pantalla con datos específicos sobre las estadísticas de COVID-19 en México, tomada por la autora de Gobierno de México (2020a).

Rangos de Edad y Sexo
 (Histograma de Casos Confirmados Nacional)



Rangos de Edad y Tipo Paciente
 (Histograma de Casos Confirmados Nacional)



Copyright 2020 © CONACYT - CentroGeo - Geoint - DataLab

7.2 Anexo 2

ENTREVISTA PARA TESIS

Tema de estudio: Los cambios en la dinámica familiar, causados por el confinamiento derivado de la pandemia por la enfermedad COVID-19, y su estudio mediante la terapia familiar sistémica.

Fecha: 19/julio/2020.

- 1) La investigadora se presenta.
- 2) La investigadora da información sobre los propósitos de la presente entrevista.
- 3) La investigadora hace énfasis, tanto de manera verbal como escrita, en los aspectos éticos, en el uso de la información y en la posible grabación en audio de la entrevista. Se procede a firmar el Consentimiento Informado, producido por la entrevistadora.
- 4) Se pide a los miembros familiares que se presenten.

Nombre	Edad	Género	Parentesco	Escolaridad	Ocupación

5) Comparación entre dinámica familiar previa y posterior al confinamiento por COVID-19.

1. Perspectiva del sistema familiar (preguntas dirigidas a la familia).

- 1.1. ¿Cómo era la vida familiar antes de la cuarentena?
- 1.2. ¿Cuáles eran sus actividades en familia?
- 1.3. ¿Cómo se llevaban? ¿Cómo se sentían?
- 1.4. ¿Cómo se fue dando el confinamiento?, esto es, pedir una narración del desarrollo del confinamiento por etapas (por ejemplo, quién se confinó primero, cómo se reorganizó el sistema, la estipulación de roles y responsabilidades, entre otros).
- 1.5. ¿En qué cambió la vida familiar debido a dicho confinamiento? (pedir que se haga comparación de un antes y un después), ¿Cómo se llevan ahora?

2. Perspectiva de los miembros del sistema familiar (preguntas dirigidas individualmente).

- 2.1. ¿De qué manera se modificó tu rutina (actividades) debido al confinamiento? (pedir que se haga una comparación de un antes y un después)
¿Cómo tomaste ese cambio (pensamientos y sentimientos)?
- 2.2. Desde tu perspectiva, ¿de qué forma cambiaron sus vidas (vida familiar)?
¿Cómo esos cambios modificaron la forma en que se relacionan/llevan como familia?

6) Realización del familiograma (de ser necesario, trazado de dos familiogramas, uno previo al confinamiento y otro posterior al mismo)

8. Referencias

Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional* (pp. 17- 92). Barcelona: Paidós.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. *Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19*. pp. 1-4. [Archivo PDF]. <http://cvoed.imss.gob.mx/wp-content/uploads/2020/02/Linemaineto-cl%C3%ADnico-COVID-19-CCINSHAE-14feb2020.pdf.pdf.pdf>

Dirección General de Promoción de la Salud. (2020). *Jornada Nacional de Sana distancia*. [Archivo PDF]. https://drive.google.com/file/d/1UCdw8ADVDz01gwJqboKAiYYTTZXN_xeF/view

DOF: 24/03/2020 [Secretaría de Gobernación]. ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). 24 de marzo de 2020.

DOF: 29/05/2020 [Secretaría de Gobernación]. ACUERDO por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas. 29 de mayo de 2020.

DOF: 31/03/2020 [Secretaría de Gobernación]. ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. 31 de marzo de 2020.

Gobierno de México. (2020a). Covid-19 México. Recuperado el 30 de octubre del 2020 de: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>

Gobierno de México (2020b). Inicia la fase 3 por COVID- 19. Recuperado el 10 de agosto del 2020 de: <https://coronavirus.gob.mx/2020/04/21/inicia-la-fase-3-por-covid-19-2/>

Gobierno de México. (2020c). Semáforo COVID-19. Recuperado el 22 de julio del 2020 de: <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>

González de la Rocha, M. (2005). *Familias y política social en México. El caso de Oportunidades*. Pp. 4. [Archivo PDF].
https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Mercedes_GdelaRocha.pdf

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación, El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo, Muestreo en la investigación cualitativa, Recolección y análisis de los datos cualitativos, Diseños del proceso de investigación cualitativa, El reporte de resultados del proceso cualitativo en *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education. Pp. 152, 355-528. <https://dptocomunicacionunsj.files.wordpress.com/2012/10/metodologia-de-la-investigacion-sampieri-ultima-edicion.pdf>

Hoffman, L. (1981/1992). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Pp. 52-65, 266-283. 1º ed. 2º reimp. México: Fondo de Cultura Económica.

INFOSALUS. (22 de marzo del 2020). Breve historia de las pandemias globales: cómo hemos luchado contra los mayores asesinos. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-breve-historia-pandemias-globales-hemos-luchado-contra-mayores-asesinos-20200322075937.html>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *¿Qué son los coronavirus?*. Recuperado el 15 de junio de 2020 de <https://www.insp.mx/nuevo-coronavirus-2019/que-es-nuevo-coronavirus.html>

Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Pp. 21-36. Buenos Aires: Amorrortu.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Pp. 17- 45, 167-169 Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S., Nichois, M. y Lee, W.Y. (2011). *Evaluación de Familias y Parejas. Del síntoma al sistema* (pp. 19-41). México: Paidós.

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en Terapia Familiar*. Pp. 17-44, 293-297. Barcelona: Paidós.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Pp. 15-28, 261. Barcelona: Herder.

Ordaz, G., Monroy, L., López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias del Distrito Federal*. Pp. 1-50. México: Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social, A C.

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 15 de junio de 2020 de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 15 de junio de 2020 de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización Mundial de la Salud. (16 de junio de 2020c). *Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV)*. . Recuperado el 18 de junio del 2020 de https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters?gclid=Cj0KCQjwoaz3BRDnARIsAF1RfLe5xds-k1nAWVkMqMm04uD_s4xRDzULbCkrTLR1m_mbQMYf2JRmVswaAqZbEALw_wcB

Organización Mundial de la Salud. (29 de marzo de 2020d). *Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones*. Recuperado el 16 de julio del 2020 de: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2020e). *La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-03-2020->

[who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic](#)

Organización Mundial de la Salud. (27 de abril de 2020f). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. Pp. 3-50 México: Manual Moderno.

Secretaría De Salud. (2019). *Anuario de Morbilidad 1984 -2018*. Recuperado el 15 de junio de 2020 de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>

Secretaría de Salud. (2020). *Jornada Nacional de Sana distancia*. [Archivo PDF]. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada Nacional de Sana Distancia.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf)

Selvini, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. & Prata, G. (1980). "Hypothesizing, Circularity, Neutrality, Three Guidelines for the Conductor of the Session". Recuperado de: <http://ift-malta.com/wp-content/uploads/2012/04/Circularity-Neutraity.-The-Milan-Team.pdf>

Tomm, K. (1987a). La entrevista como intervención. Parte I: El diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta. Recuperado de: <https://aulavirtual.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/La-entrevista-como-intervenci%C3%B3n.pdf>

Tomm, K. (1987b). La entrevista como intervención. Parte II: Las preguntas reflexivas como forma de posibilitar la auto-curación. Recuperado de: <https://aulavirtual.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/La-entrevista-como-intervenci%C3%B3n.pdf>

Tomm, K. (1988). La entrevista como intervención. Parte III: ¿Hacer preguntas circulares, estratégicas, o reflexivas?. Recuperado de: <https://aulavirtual.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/La-entrevista-como-intervenci%C3%B3n.pdf>

Universidad Internacional de Valencia. (21 de marzo del 2018). *Claves para diferenciar entre endemia, epidemia y pandemia*. <https://www.universidadviu.com/endemia/>

Vargas, P. (2005). Capítulo 1. Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En. L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar su uso hoy en día* (pp. 1-27). México: Pax México.

World Health Organization. (2018). *2018 Annual review of diseases prioritized under the Research and Development*. Pp. 1 y 2. [Archivo PDF]. <https://www.who.int/emergencies/diseases/2018prioritization-report.pdf>

World Health Organization. (2020). *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*. Pp. 1, 2, 5. [Archivo PDF].