



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

*La Terapia Familiar:  
Su historia y su contexto*

Reporte de experiencia profesional  
que para obtener el grado de:

Maestro en Psicología  
presenta:

*Carlos López Cruz*

DIRECTORA DEL REPORTE  
*Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo*

JURADO DEL EXAMEN  
PRIMER VOCAL: *Dra. M<sup>a</sup> Elena Rivera H.*  
SEGUNDO VOCAL: *Mtra. Carolina Rodríguez G.*  
TERCER VOCAL: *Dra. Dolores Mercado C.*  
SECRETARIO: *Mtra. Silvia Vite S.*  
SUPLENTE: *Mtra. Jacqueline Fortes B.*  
SUPLENTE: *Mtro. Jorge Molina A.*



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.

*Agradezco a*

*Leticia:*

*Por haberte encontrado en la vida y darme tu amor, comprensión y apoyo.*

*Mi hijo Ernesto Abad:*

*Porque gracias a tu alegría, tus sonrisas, tu mirada, tus palabras, tu silencio, me has hecho sentir un padre inmensamente feliz.*

*Mis padres Josefina y Jesús:*

*Por estar junto a mí en otra gran aventura más de mi vida.*

*Mis hermanos Flor, Antonio y Elizabeth:*

*Por su cariño y apoyo.*

*Adriana y Enrique:*

*Por compartir con nosotros sus alegrías y sus ilusiones.*



*Mis compañeros de la residencia:*

*Alberto, Iliana, Judith, Marco, Marlene, Mónica, Nydia y Ruth, por todo lo que vivimos dentro y fuera de la residencia y porque a través de nuestras discusiones y puntos de vista, se abrieron para mí nuevos horizontes.*

*Mi tutora, la maestra Carolina Díaz-Walls:*

*Por sus consejos y dedicación en el desarrollo y culminación de esta etapa de mi vida profesional.*

*Las doctoras M<sup>a</sup> Elena Rivera y Dolores Mercado, las maestras Carolina Rodríguez, Silvia Vite, Jacqueline Fortes y el maestro Jorge Molina, integrantes del jurado:*

*Por sus comentarios y sugerencias a este trabajo.*

*Cada uno de los profesores y supervisores de la residencia:*

*Ya que a través de sus comentarios y experiencias promovieron en mí la reflexión y el aprendizaje.*

*Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada.*



*Y muy especialmente, a cada una de las familias por compartir sus vicisitudes, pues a partir de ellas se crean y recrean sus historias.*

---

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	
CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	11
<i>Historia de la terapia familiar</i>	11
Contexto de la psicología y la psiquiatría en la primera mitad del siglo XX	11
Transformaciones del psicoanálisis	14
Surgimiento de la teoría de sistemas y cibernética	17
La terapia familiar a partir de los cincuentas	17
<i>Las familias y sus problemas</i>	23
Situación actual de las familias mexicanas	24
Contexto terapéutico	29
<i>La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativas terapéuticas</i>	34
<i>Escenario clínico</i>	36
Descripción del escenario	36
Análisis sistémico del escenario	37
Procedimiento de atención a las familias	38
Organigrama	40
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO-EPITEMOLÓGICO DE LA TERAPIA FAMILIAR	41
<i>Fundamentos de la terapia familiar</i>	41
Teoría General de Sistemas	41
Teoría Cibernética	43
Las aportaciones de Bateson	46
La teoría del Doble Vínculo	51
La teoría de la Comunicación Humana	55
La propuesta Posmoderna	58

<i>Modelos de intervención</i>	62
Modelo Estructural	62
Modelo Estratégico	67
Modelo de Terapia Breve	73
Modelo de Milán	77
Modelo de Soluciones	88
Modelo de Terapia Narrativa	94
Modelo Colaborativo	97
CAPÍTULO III	
COMPETENCIAS PROFESIONALES	101
<i>Habilidades clínicas terapéuticas</i>	101
Caso 1	103
Caso 2	114
Caso 3	125
Caso 4	133
 <i>Habilidades de investigación</i>	142
 <i>Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento</i>	147
Productos tecnológicos	147
Atención y prevención comunitaria	148
Participación en foros académicos	152
CAPÍTULO IV	
CONSIDERACIONES FINALES	154
REFERENCIAS	156
ANEXOS	

## RESUMEN

El presente reporte reseña los conocimientos adquiridos así como los trabajos elaborados que dan cuenta de las habilidades clínicas y de investigación desarrolladas durante la estancia en la residencia de Terapia Familiar. El escrito comienza con una reseña acerca de la historia de la terapia familiar, la problemática de las familias atendidas, el valor de la terapia familiar ante estos problemas y la descripción del escenario clínico en el que se trabajó. El siguiente capítulo da cuenta del surgimiento y desarrollo de diversas teorías y de cómo pasaron a constituirse en los fundamentos de la terapia familiar; del mismo modo describe cada uno de los modelos terapéuticos con los cuales se atendieron a las diferentes familias. El tercer capítulo aborda diversas temáticas: la integración clínica de los casos, los trabajos de investigación realizados, la elaboración de manuales y su aplicación en un contexto comunitario, la descripción de los escenarios académicos en los que se expuso el trabajo clínico y algunas cuestiones éticas surgidas durante la atención a las familias. Para finalizar el reporte, se hacen algunos comentarios acerca de la incidencia que tuvo la residencia en terapia familiar en el autor, tanto en su vida personal como profesional.

***Palabras clave:*** Historia de la terapia familiar, problemática familiar, fundamentos de terapia familiar, modelos clínicos, habilidades clínicas, habilidades de investigación.

## ABSTRACT

This report is a review of the knowledge acquired also the field work that shows the clinical abilities and research developed during the stay in familiar therapy residence. The text begins with a review about the familiar therapy history, the problems of treated families and the value of familiar therapy in view of these problems and the description of the clinical scene that was studied. The next chapter shows the appearance and development of many theories and how these were established in the basis of familiar therapy; in the same way is described every one of the theoretical model that were used in the different families. The third chapter discusses many subjects: the clinical integration of cases, the researches developed, the handbooks developing and carry out in a community context, the description of academic scenes where these were exposed the clinical research and some ethical questions arisen during the attention to the families. To conclude this report, some comments are made about the incidence appeared in the familiar therapy with the author, as much his personal life as professional.

***Key words:*** Familiar therapy history, problematic familiar, basis of familiar therapy, clinical models, clinical abilities, research abilities.

**E**s un hecho que ninguno de nosotros vive su vida de manera aislada, y aquellos que intentan hacerlo están, con gran probabilidad, predestinados a desintegrarse como seres humanos. Y aunque existen algunos aspectos de la experiencia vital que son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales, no por esto la vida deja de ser una experiencia compartida; la cual, por otra parte, comienza en los primeros años casi exclusivamente con los miembros de la familia, siendo ésta la unidad de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso.

Del mismo modo, es importante tener presente que la familia nunca ha estado desligada de la cultura del momento histórico -cultura que se manifiesta a través de la religión, de la economía, la política, las relaciones sociales, de la tecnología, etc.-; por lo que la familia no es una entidad que haya existido como hoy la conocemos desde siempre, sino que es un producto evolutivo entre el hombre y su contexto; incluso al día de hoy, la familia no ha dejado de evolucionar debido a las condiciones económicas y sociales cambiantes -en muchos casos apremiantes- a las que se enfrenta o está inmersa. No obstante, podría decirse que su conformación ha oscilado básicamente de la familia biológica a la familia alternativa, entendiendo ésta como el grupo de personas vinculadas por una serie de circunstancias o afectos comunes.

Por otra parte, es importante señalar que, independientemente de su conformación, a lo largo de su historia, la familia ha desempeñado una serie de funciones diversas y básicas para el ser humano en este proceso de iniciación de las relaciones interpersonales y supervivencia: de alimentación, de protección, de crianza, de transmisión y moldeamiento de conductas sociales de grupo y propias de la familia, etc.

Sin embargo, este proceso no está exento de vicisitudes, dando como resultado que en muchos casos la interacción entre los miembros de una familia consigo mismos o con su medio social inmediato no se encuentre libre de dificultades. En este sentido, la terapia y



modelos psicológicos surgen como una forma de dar respuesta y solución a dichas dificultades. En el caso de la terapia familiar en especial podemos decir que en un inicio surge ante las limitaciones que imponían los modelos que hacían hincapié en la patología individual y que con el surgimiento de nuevos conceptos como la cibernética, la teoría de sistemas, la teoría de la comunicación, entre otros, se fueron conformando no sólo diferentes formas de hacer investigación y terapia, sino también una nueva epistemología para comprender las interacciones humanas. Cabe mencionar que estas formas de hacer terapia han surgido del trabajo de diferentes teóricos y profesionales, llegando a constituirse en lo que paulatinamente se ha conocido como escuelas o modelos, por lo que algunos autores consideran que, más que hablar de terapia familiar lo conveniente sería hablar de «terapias familiares».

El primer capítulo de este reporte inicia con una semblanza de la historia de la terapia familiar, para lo cual, además de incluir los sucesos relevantes que tuvieron lugar dentro de la psicología, también se narran algunos acontecimientos del contexto social en el que se dieron aquellos y que de alguna manera influyeron en su surgimiento. Esto obedece a que, desde mi perspectiva los cambios dados en cualquier disciplina se entienden mejor si se toma en cuenta el momento histórico en que se desarrollaron. El siguiente apartado refiere la situación actual de las familias mexicanas -tanto en su conformación como en su transformación-, así como la problemática de las que fueron atendidas durante la residencia, para lo que se hizo un análisis de diversos aspectos como: el motivo de consulta, la modalidad del trabajo, los modelos terapéuticos empleados en la atención de las familias y el tipo de supervisión. A continuación se expone el valor que tienen tanto las terapias sistémicas como posmodernas de la terapia familiar en el ámbito de las problemáticas expuestas. El capítulo cierra con una descripción física del escenario clínico, de su organización administrativa y clínica, así como del procedimiento de atención a las familias.

El capítulo dos explica cuáles son los fundamentos epistemológicos y teóricos de la terapia familiar. Se destacan aquellos que tuvieron una gran relevancia en el desarrollo de la disciplina como lo fueron: la teoría de sistemas, la teoría cibernética, las aportaciones de Bateson, la teoría del doble vínculo, la teoría de la comunicación humana y la propuesta posmoderna. Es por demás señalar que, en el caso de la teoría de los sistemas y la teoría

cibernética, siendo en principio ajenas a la psicología, se resaltan las implicaciones que tuvieron para ella, y la terapia familiar en especial. La segunda parte del capítulo está dedicada al desarrollo teórico de cada uno de los modelos que se emplearon en la atención terapéutica; se exponen principalmente las premisas en las que se fundamentan, la forma o estructura de sus sesiones terapéuticas, así como sus intervenciones.

El capítulo tres inicia exponiendo las habilidades clínicas adquiridas durante mi estancia en la maestría a través de la presentación de las integraciones de cada uno de los casos de los pacientes que atendí. La primera describe un matrimonio de jóvenes que fue atendido desde el modelo de terapia breve; la siguiente expone el caso de una señora de 69 años de edad que fue abordado bajo el modelo de Milán; la tercera integración nos habla de la problemática de una señora de 54 años que fue tratada desde dos modelos: primero bajo el modelo de soluciones y después desde el enfoque narrativo (la razón fue que al extenderse el tratamiento de un semestre a otro, en el siguiente fue abordado con el modelo en turno); el cuarto describe el caso de una chica de 20 años que fue abordado desde el modelo colaborativo.

En el mismo capítulo se reseñan dos trabajos que dan cuenta de mis habilidades de investigación: el primero (que es un trabajo conjunto), es la validación de un cuestionario sobre *Comunicación familiar*, mientras que el segundo es la presentación de un estudio de caso de los motivos que llevan a una mujer a tomar la decisión de ser madre soltera.

Como parte de las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento se describen, a modo de productos tecnológicos, dos videos que fueron editados a partir de un seminario realizado por el doctor Hugo Hirsh: uno trata algunos aspectos teóricos del modelo de terapia breve y de la terapia sistémica en general, mientras que el otro ilustra algunas intervenciones -y consideraciones sobre éstas- desde el mismo modelo; también se reseñan dos talleres como parte de las actividades de atención y prevención comunitaria: *Importancia de las relaciones familiares* y *Elección de pareja*; y finalmente se refieren los eventos académicos en los cuales se expuso el trabajo clínico realizado: el *XIII Congreso Nacional de Terapia Familiar* y la *Primera Jornada Clínica de Terapia Familiar* (ésta última organizada por la misma residencia).

El reporte culmina con algunos comentarios finales acerca de las habilidades y competencias adquiridas, la incidencia en el campo psicosocial, el análisis del sistema terapéutico, la experiencia vivida y la influencia que tuvo en mí la residencia como persona y como profesionalista.

## *Historia de la terapia familiar*

**A**ún cuando se considera que la terapia familiar como tal se inicia a partir de la década de los cincuentas, en realidad sus orígenes se remontan a principios del siglo XX, casi a la par del psicoanálisis. De hecho, se podría decir que por momentos llegó a percibirse como un movimiento disidente respecto al mismo psicoanálisis, pues éste había pasado a constituir la base de la salud mental (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1987).

Ahora bien, para poder entender su conformación es necesario hacer una revisión histórica-cronológica de tres elementos determinantes: el contexto de la psicología y la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX; algunas de las transformaciones del psicoanálisis después de la muerte de Freud y el surgimiento y desarrollo de la teoría de sistemas y de la cibernética.

### *\* Contexto de la psicología y la psiquiatría en la primera mitad del siglo XX*

Algunos de los pensamientos rectores de principios del siglo XX de la vida social hacían referencia básicamente a un optimismo global que se hacía presente a través de un pensamiento positivo y de liberalidad con un carácter apolítico; una visión del yo que distinguía entre un «yo falso» público y un «yo verdadero» privado, que debía ser «liberado» para obtener la realización; la creencia de que la prosperidad y la abundancia material eran el resultado de la «cura»; así como la convicción de que las ideas equivocadas eran las que originaban las enfermedades y que bastaba con corregirlas para lograr que las enfermedades disminuyeran y de vez en cuando desaparecieran. Por su parte, la concepción terapéutica era considerar que cada persona era buena en sí misma, con un potencial que debía ser liberado y le permitiera, en consecuencia, entrar en relación con su autenticidad; en este sentido la terapia se visualizó como una serie de técnicas que permitieran que los recursos «ocultos» (o

emociones «reprimidas») del individuo salieran a la luz dando paso a un ego individualizado (Bertrando y Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987).

En el caso de la psicología podía notarse una diferencia marcada entre la concepción americana y la europea: la primera se caracterizaba por ser una psicología aplicada y pragmática, mientras que la segunda, se distinguía por ser más bien académica y experimental. Esta diferencia es comprensible si consideramos la fuerte influencia del carácter práctico de la ideología estadounidense, que entre otras cosas, marcó y dirigió la actividad clínica y psiquiátrica. Así, a partir de 1913 la psicología académica estadounidense empezó a identificarse con la perspectiva comportamental propuesta por John B. Watson, quien había renunciado al mentalismo y limitado el campo de estudio a los comportamientos observables, haciendo uso del laboratorio como área de experimentación y de un método extraído de las ciencias exactas (Bertrando y Toffanetti, 2004).



Sin embargo, una de las mayores aportaciones a la psicología –y en especial a la terapia familiar–, se estaba gestando en otra disciplina: ya desde principios de siglo y hasta la Segunda Guerra Mundial un grupo de antropólogos culturales se empezó a ocupar cada vez más de la psicología, llegando a cuestionar los fundamentos biológicos e instintivos que autores, desde Freud a Watson, postulaban como base del comportamiento humano (Wittezaele y García, 1994; Hoffman, 1987).

Edward Sapir y George Herbert Mead en Chicago, así como Ruth Benedict, Margaret Mead y Gregory Bateson en Nueva York, demuestran que muchos comportamientos «innatos» (por ejemplo, la diferencia entre lo «masculino» y lo «femenino» que analiza Mead) son diferentes según las diversas culturas (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 30).



Otro acontecimiento que contribuiría a una nueva concepción de la psiquiatría y la terapia fue la publicación en 1908 del libro *A mind that found itself*, una autobiografía de Clifford Beers, quien a través de él hace una denuncia de las condiciones en que se encontraban los hospitales psiquiátricos de esa época y mostrar que un paciente puede llegar a desarrollar habilidades sociales adecuadas. Esta publicación ejerció una gran influencia en

la opinión pública, al grado de impulsar los incipientes movimientos de asistencia en las comunidades que propugnaban la importancia del trabajo preventivo en las escuelas, pues estaban convencidos de que ésta era una forma de intervenir en los trastornos psiquiátricos. Una de las instituciones que surgieron a partir de estos movimientos fue la Child Guidance Clinics, que tenía como propósito la prevención secundaria de enfermedades y trastornos mentales; la intención era identificar a los niños con factores de riesgo e intervenir con el objetivo de disminuir los índices de patología en la etapa adulta. La importancia de estos acontecimientos radica en que los problemas de la infancia empezaron a ser considerados en su contexto y a hacer un seguimiento paralelo, aunque separado, tanto de la madre como del hijo; incluso, las primeras terapias de familia heredaron de estos movimientos la idea de que la madre era la *responsable* de la salud mental del hijo (idea que más adelante tendrá su expresión en conceptos como «sobrepotección materna» y «madre esquizofrenógena») (Ibid).



En cuanto al papel del psicólogo hasta antes de la década de los cuarenta, éste era esencialmente secundario y se limitaba a la elaboración de *tests* y a ser considerado un *educador* que aplicaba a sus pacientes diversos métodos de condicionamiento y aprendizaje, ya que por otra parte, la actividad terapéutica estaba reservada a los médicos y psiquiatras.



Un evento infortunado, que sin embargo influyó de manera determinante en el desarrollo de la psicología y la psiquiatría fue la Segunda Guerra Mundial. La aparición inconmensurable de situaciones de emergencia derivó en una gran demanda de profesionales de la salud mental, especialmente médicos y psiquiatras, que fueron insuficientes. En cuanto al pensamiento psiquiátrico, la magnitud de destrucción demostró que la autodeterminación en ciertos casos es poco significativa y que el individuo está más bien influido y limitado, en cierta medida, por el contexto (reforzando así las observaciones procedentes de las investigaciones realizadas por los antropólogos). Es por demás decir que el término de la guerra dejó una gran cantidad de veteranos con problemas psicológicos y psiquiátricos y que al hacerse cargo de ellos las instituciones, estas se convirtieron en los principales centros de trabajo de psicólogos y psiquiatras, llegando a laborar en algunos de ellos los primeros terapeutas familiares (Miller, 1946, citado en Bertrando y Toffanetti, 2004).

Entre las repercusiones que tuvieron estas circunstancias podemos mencionar el incremento de miembros en diversas asociaciones -lo mismo que éstas-, principalmente la American Psychology Association; el reconocimiento de los psicólogos como terapeutas; la aparición de nuevos métodos de tratamiento, como las terapias de grupo y las terapias breves psicoanalíticas -que se enfocaban en la vida cotidiana en lugar del inconsciente-, entre otras; la desinstitucionalización de los enfermos mentales; así como una migración numerosa de científicos e intelectuales de Europa a los Estados Unidos especialmente, -entre ellos diversos psicoanalistas que muy pronto influyeron de manera relevante en el pensamiento psicológico y psiquiátrico de la comunidad estadounidense (Bertrando y Toffanetti, 2004; Bloch, citado en Hoffman, 1987).

### \* *Transformaciones del psicoanálisis*

La relación de la terapia familiar con el psicoanálisis obedece entre otras cosas, a que principalmente los primeros terapeutas familiares tenían una formación psicoanalítica, por un lado, y por otro, a la transformación -y en ciertos casos aparición- de conceptos y explicaciones que poco a poco fueron relevantes para el desarrollo de la terapia familiar.

Para algunos autores (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000) el complejo de Edipo propuesto por Freud implica en sí mismo un aspecto relacional y por tanto familiar. No obstante esta base interpersonal e interaccional, Freud no la tomaría en cuenta y optaría por interesarse y enfocarse en las repercusiones que tendría el complejo para la *psique* del individuo. Así pues, la transformación de algunas nociones del psicoanálisis empezaría a darse a través de sus primeros discípulos: Adler, Sullivan, Klein, Fromm, Horney y la misma Anna Freud, entre los más representativos; asimismo es importante señalar que algunos de ellos iniciaron esta transformación a través de la ampliación de la teoría psicoanalítica, pero otros, lo hicieron asumiendo una posición abiertamente disidente con relación a los postulados básicos de la teoría (Wittezaele y García, 1994; Bloch, citado en Hoffman, 1987).

Bertrando y Toffanetti (2004) identifican tres corrientes principales dentro del psicoanálisis: la teoría acerca de las relaciones objetales, el psicoanálisis «ortodoxo» de Anna Freud y el culturalismo neofreudiano.

La teoría de las relaciones objetales tiene como representante a Melanie Klein, quien argumentaba que las relaciones con los objetos en el niño provenían de las fantasías que aparecían en su relación primaria con la madre, o más específicamente, con su pecho y que se manifestaba en la fuerza del instinto en dicha situación; esta relación se caracterizaba por el hecho de que Klein consideraba que el niño era un sujeto activo, capaz de responder a ella y modificarla. La premisa básica de la teoría es que en todo sujeto existe un «mundo externo» constituido por las interacciones que mantiene con los demás y un «mundo interno» habitado por los objetos constituidos a partir de las experiencias que ha tenido a lo largo de su vida. La importancia de la teoría es que revela conceptos que ponen de manifiesto acontecimientos de la vida relacional madre-hijo.



A la muerte de Freud, el psicoanálisis «ortodoxo» encuentra en John Bowlby la persona que reivindicaría su propuesta original. Bowlby demuestra de manera empírica a partir de la separación del niño de la madre las consecuencias emocionales que esto tendría en la formación del carácter del adulto. Su premisa era que el apego del niño a la madre era de tipo instintivo, premisa que fundamentaba en la teoría de la *impronta* desarrollado por Lorenz. Del mismo modo su interés por la importancia que tiene el contexto para el desarrollo del individuo así como en sus interacciones, lo llevó a experimentar en la práctica terapéutica una sesión familiar, cuyos resultados publicó en un artículo titulado *The study and reduction of group tensions in the family*, donde vislumbraba ya una perspectiva sistémica de la familia.



A partir de la posguerra y una vez adaptado el psicoanálisis a la cultura estadounidense, éste se ve transformado en lo que se dio por llamar el «culturalismo neofreudiano», quien tuvo en Sullivan, Horney, Fromm-Reichmann y Fromm sus más reconocidos representantes (Wittezaele y García, 1994). Este grupo disiente radicalmente del psicoanálisis freudiano mostrando un interés primordial por la cultura y los factores sociales, que en su opinión, determinan los trastornos psíquicos, centrando en consecuencia su práctica terapéutica en el ambiente que rodea al individuo; también pugnaban por la



imposibilidad de establecer un desarrollo o psiquis «normal», ya que, lo que una cultura o sociedad considera «sano» no necesariamente puede serlo para otra; transformar la sexualidad del complejo de Edipo en el deseo de cercanía e intimidad.

Harry Stack Sullivan propone que la personalidad de un individuo se desarrolla en función de las interacciones interpersonales en las que está inmerso desde su nacimiento, al grado de plantear en su teoría del desarrollo infantil la idea de que el niño crece haciendo frente a los cambios que le plantea su contexto social a medida que va madurando (Cueli, et al, 1990). Para Sullivan el objeto de estudio no debía ser el individuo, sino sus interacciones con los demás; afirmaba que la individualidad no era más que una ilusión:

No podrá haber ningún gran progreso en esta área de estudios hasta que no se entienda que su campo de observación reside en la esfera de las acciones recíprocas entre los individuos, y por tanto en lo que se comunican entre sí respecto a sus acciones. Una vez asumido este punto, carece de justificación toda alusión a la personalidad individual, inalterable y única. Por lo que sé, cada ser humano tiene tantas personalidades como relaciones interpersonales (Sullivan, 1950, citado en Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 52).

Visto en retrospectiva, la importancia de este pasaje radica en el hecho de que revela ya una propuesta que será central en las terapias posmodernas, que es, el cuestionamiento del *self* y la adopción de la idea de la diversidad de personalidades en el individuo (Anderson y Goolishian, citados en McNamee y Gergen, 1996).

Frieda Fromm-Reichmann es quien creó el término «madre esquizofrenógena», el cual tuvo un efecto negativo pues daba la impresión de que los terapeutas familiares estuvieran a la búsqueda de padres que en el fondo fueran los responsables de las enfermedades de sus hijos. En todo caso, ella sería una de las que iniciarían el estudio de las familias con miembros esquizofrénicos que sería central en el desarrollo posterior de la teoría del «doble vínculo» por parte del grupo de Bateson (Wittezaele y García, 1994).

Karen Horney por su parte propone que la neurosis es el resultado de problemas en la interacción interpersonal y que por lo tanto, la terapia consistía en aumentar la autorrealización del individuo y no la represión de sus instintos (Cueli, et al, 1990).

### \**\* Surgimiento de la teoría de sistemas y la cibernética*

Aunque existían ya ciertas nociones acerca del concepto de sistema desde el siglo XIX debido a algunas ideas desarrolladas por Clerk Maxwell respecto al funcionamiento de las máquinas de vapor y de Claude Bernard para explicar el proceso por el cual los organismos se mantienen de alguna manera estables a pesar de las condiciones cambiantes de su entorno, es hasta 1932 cuando Cannon definió la «homeostasis» como el conjunto de procesos que permiten a un organismo mantener su estabilidad interna y dos años más tarde, Ludwig von Bertalanffy concibe su «teoría general de sistemas». Esta teoría proponía una serie de principios que permitían a cualquier sistema una forma de organización, independientemente de los elementos de que estuviera compuesto (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994).

La cibernética por su parte surge gracias a las investigaciones que hacían John von Neumann y Norbert Wiener acerca del control automático en armas y sobre la idea de la computación digital, y será considerada como la ciencia de la autoorganización y (auto) control. Incluso Wiener mismo formuló también poco tiempo después el concepto de «retroalimentación» (Wittezaele y García, 1994; Hoffman, 1987).

Más tarde, y a raíz de las conferencias interdisciplinarias denominadas Macy Conference, la cibernética es considerada por Bateson para poder describir un ritual en la sociedad iatmul y que daría a conocer en un artículo llamado *Naven*. Así, comienza a idear la relación entre la sociedad y el individuo de una manera circular y recíproca, noción que con el tiempo introducirá en la terapia familiar (Wittezaele y García, 1994; Hoffman, 1987). De hecho la importancia de la cibernética para la terapia familiar radicó en el hecho de que permitió considerar el comportamiento de los miembros de una familia en función de sus interacciones y el significado de estos comportamientos en su contexto, pasando así de lo intrapsíquico a lo relacional (Wittezaele y García, 1994).

### \**\* La terapia familiar a partir de los cincuentas*

La terapia familiar surgió propiamente como tal alrededor de la década de los 50's por circunstancias clínicas y de investigación, y fue John Bell quien acuñó el término «terapia familiar» para designar una nueva forma terapéutica que trabaja con la familia como unidad

de tratamiento. Los factores que desencadenan su surgimiento convergen cuando diversos terapeutas, de forma independiente –pero paralelamente-, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los miembros de la familia, momento a partir del cual, tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Ochoa, 1995).

Se ha considerado a Nathan Ackerman como el iniciador de la terapia familiar por ser quien primero otorgó la misma importancia, tanto a los aspectos intrapsíquicos como a los interpersonales. Ackerman sostenía que existe una interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal es previo al conflicto intrapsíquico, que no es más que la interiorización de conflictos interpersonales. Bowen, desarrolló la «teoría familiar de sistemas» que diferenciaba de la «teoría general de sistemas» de Bertalanffy. A través de sus estudios encontró que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico; como consecuencia de esta observación, define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales (Ochoa, 1995). Lyman C. Wynne fue un terapeuta que atendía pacientes con problemas psicóticos y colitis ulcerada, descubriendo que las causas de la úlcera se debían a problemas familiares. Carl Whitaker se caracterizó por lo radical de sus técnicas, las cuales consistían en llevar a lo absurdo algunas de las situaciones terapéuticas, como enojarse más que sus pacientes; fue el primero en incorporar la imagen de los abuelos dentro de la terapia (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1987).

El Mental Research Institute es quizás el instituto más significativo en la investigación de la familia debido a la gran conjunción de autores que se dio en él y a los hallazgos registrados. En 1952 se inicia una investigación sobre comunicación por parte de Gregory Bateson, quien estaba interesado por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a las paradojas. Para 1954 se asocia con Don Jackson comenzando a estudiar la comunicación con psicóticos y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La contribución de Bateson supuso la «emancipación» del psicoanálisis, ya que define la locura y otros síntomas psiquiátricos como

conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos. Posteriormente, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson en un trabajo experimental orientado a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo; los autores concluyen que aunque la situación de doble vínculo es elemento necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para explicar su génesis. A partir de ese momento, la teoría deriva hacia una teoría más general de la comunicación (Wittezaele y García, 1994).

En 1959 Don Jackson, quien había estado trabajando con Bateson, funda el Mental Research Institute (MRI). Junto con él se encontraba Jules Riskin y Virginia Satir, integrándose posteriormente Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas. En 1962 Ackerman y Don Jackson crean la revista «Family process», lo que contribuye a consolidar la terapia familiar (Ibid).

Otro grupo importante fue el integrado por Minuchin y otros terapeutas en diversos momentos, como Auerswald, Montalvo, Rossman y el mismo Haley. Sus aportaciones fueron sustantivas tanto en el modelo de familia como en sus técnicas terapéuticas y su metodología, las que llegaron a conocerse como «terapia estructural» (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1987).

Por otra parte, en Milán, Italia, Selvini Palazzoli junto con Boscolo, Prata y Cecchin formaron un grupo que a la postre sería conocido como el «grupo de Milán». Ellos fundaron el Instituto de la Familia desarrollando técnicas cortas de intervención. El modelo de inspiración de este grupo tuvo como base el MRI a partir de una serie de visitas de Watzlawick a Milán, a quien Selvini Palazzoli había conocido tiempo antes en Filadelfia. En primera instancia sus más importantes aportaciones las dan en el terreno de la técnica: establecen la división de las sesiones, los intervalos entre sesiones, la connotación positiva, el uso de rituales, hipótesis y preguntas circulares. La influencia del pensamiento de Bateson a través de la cibernética marcará el rumbo tanto del pensamiento como de su práctica terapéutica llegando a identificarse su postura como «purismo sistémico». Entre sus aportaciones a nivel teórico se pueden mencionar el desarrollo de sus conceptos de

hipotetización, circularidad y neutralidad (que serán explicados en el siguiente capítulo) (Selvini, 1990).



El surgimiento de la posmodernidad como una forma de concebir al hombre y al mundo requiere un análisis amplio y profundo por el alcance de sus implicaciones, sin embargo por razones de espacio y la temática del presente reporte, me limitaré a la presentación de algunos aspectos que considero centrales para entender este movimiento. En primer lugar, la posmodernidad al igual que la modernidad, debemos considerarla como una etapa más en la evolución social y cultural del hombre. Cada una refleja una forma de pensamiento -no acorde al tiempo y en función de este-, sino acorde a la reflexión y crítica de lo aportado por la etapa anterior. Así como la modernidad siguió a la Edad Media, la posmodernidad ha seguido a la modernidad y en este sentido, es de esperarse que después aparezca entonces una nueva etapa que prosiga a la posmodernidad. En segundo lugar, más allá de las modas terminológicas, la posmodernidad representa una forma que anima la producción de ideas de nuestra época. La condición posmoderna se define como una toma de distancia respecto a los ideales básicos de la modernidad -progreso, superación y crítica, vanguardia-, toma de distancia que supone el rechazo de lo nuevo, lo moderno, como lo único valioso. Lo interesante de la posmodernidad es este espíritu, que más que un estilo, es una manera diferente de estar en el mundo, que se ve reflejado no sólo en nuestros valores estéticos, sino que además afecta nuestros valores culturales, económicos y en lo que a nosotros concierne, la ciencia.

Un elemento básico -si no es que el más importante- a considerar para la comprensión de cualquier movimiento es el contexto a partir del cual se desarrolla. Aunque no existe un límite definido que marque el fin y el inicio de uno y otro movimiento, se ha considerado que el posmodernismo se ha gestado a principalmente a partir de la última década del siglo XX (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000). Entre los acontecimientos más importantes que se dieron en este periodo tenemos la caída del bloque comunista, el triunfo del liberalismo como ideología -teniendo su mayor impacto en la economía y la política-, el libre mercado, la globalización, la integración de los países

Europeos en una sola comunidad, y –quizá la de mayor impacto por su influencia en las masas- la revolución tecnológica de las comunicaciones.

Las repercusiones que estas circunstancias han tenido en la familia son que, cada vez predomina aquella en la cual ambos padres trabajan, una reducción en el índice de natalidad y el surgimiento de nuevas formas de familias como las reconstituidas o las monoparentales. Estas circunstancias no sólo han transformado la forma de la familia sino también su dinámica, pues cada vez existe una mayor insatisfacción de la vida en pareja que se refleja en el aumento de divorcios. Asimismo, los valores como estabilidad, cohesión, solidez, certeza, etc., sobre los cuales la vida individual y familiar se fundamentaban poco a poco han sido relevados por sus opuestos: la inestabilidad, la individualidad, la fragilidad, la incertidumbre (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En el área de la terapia familiar los efectos han sido que, dada la prevalencia del factor económico sobre las diversas áreas de la vida, la terapia en general ha tendido a ser evaluada en términos de beneficio inmediato (de ahí el surgimiento de modalidades de terapia basadas en un tratamiento con un número limitado de sesiones). Del mismo modo, los descubrimientos de investigaciones en áreas como la biología y la medicina, aunado a la actitud individualista de nuestra sociedad, propicia que sea más fácil hacer terapia individual a través de «curas biológicas» y de psicofármacos (esto en parte a los intereses económicos de los grandes laboratorios) que terapia familiar. De hecho, para Bertrando y Toffanetti (2004) el reto para la terapia familiar ante este contexto sería precisamente hacer frente a estas adversidades.

Ahora bien, ¿cuáles son los orígenes de la posmodernidad? Como ya se mencionó, es un movimiento que nace en contra de la ideología marcada por la modernidad; sus orígenes se remiten a áreas tan diversas como la filosofía, la etnografía, la psicología social, la hermenéutica, la crítica literaria y el movimiento feminista (Hoffman, citado en McNamee y Gergen, 1996).

Básicamente se caracteriza por ser un movimiento que cuestiona el conocimiento *objetivo*, la *naturaleza* del individuo, la *verdad*, y las grandes *metanarraciones* (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, citado en McNamee y Gergen, 1996); enfocándose en:

en aspectos «locales» y tradicionales de la comunicación, en las micronarrativas sin pretensiones de veracidad o universalidad. La Historia única y guiada por el progreso es sustituida por la «genealogía», un proceso que acoge también lo disperso, lo marginal, lo alternativo. No existe una verdad con valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez local dentro del propio paradigma, o mejor dicho, de la comunidad en la que son promulgadas (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 293).

Otro aspecto sobre el cual muestra un gran interés es el descubrir los juegos de poder que existen atrás de los actores sociales y su ideología, de ahí que uno de sus métodos sea la deconstrucción de conceptos que impliquen la existencia de universalidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, citado en McNamee y Gergen, 1996).

Finalmente, es importante señalar, desde mi punto de vista –en lo cual coincido con Bertrando y Toffanetti-, dos críticas o limitaciones principales de la posmodernidad. La primera es que, al proclamar la inexistencia de la *verdad* y el cuestionamiento de las «metanarraciones», esto nos pone ante la paradoja de cómo debemos entender sus propuestas si en sí mismas, e implícitamente, contienen un elemento prescriptivo de verdad y metanarración. La segunda tiene que ver con la cuestión de que al ponderar todas las narraciones como igualmente válidas, qué estatus tienen los problemas enlazados al género o la violencia.



Mientras tanto, aquí en México, en 1969 se establece el primer posgrado destinado a la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana realizado por el doctor Raymundo Macías, junto con los doctores Roberto Derbez y Lauro Estrada. Para principios de la década de los 70's el doctor Macías funda el Instituto de la Familia A.C. (IFAC) siendo sus metas, entre otras, la de promover el estudio y la enseñanza de la dinámica familiar, dar tratamiento a familias de escasos recursos, realizar investigaciones científicas en psicoterapia y dinámica de las familias mexicanas. Asimismo, la Universidad de las Américas es considerada también como una de las instituciones precursoras de la terapia familiar y al igual que otras universidades, también imparte un posgrado en formación de terapeutas. A partir de la década de los 80's se ha dado un auge en la creación de instituciones dedicadas a la familia, entre las que mencionaremos por orden de aparición a

PERSONAS (Instituto de Investigación y Entrenamiento, fundado por los doctores Freidberg, Lichtein y la doctora Dolores Villa), el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF, fundado por el doctor Maldonado), el Instituto Mexicano de Terapias Breves S.C. (IMTB, fundado por la doctora Mari Blanca Moctezuma), el Instituto de Terapia Familiar (CENCALLI, fundado por la doctora María Luisa Velasco de Torres), el Instituto Superior de Estudios para la Familia (fundado por el doctor Alberto Castellanos) y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF, que es una organización rectora de las instituciones dedicadas a la terapia familiar). Cabe señalar, que el campo de la terapia hasta antes de la aparición de estas instituciones -y aún poco después-, estaba dominada por el psicoanálisis y sus dos organizaciones, la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP) (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

## *Las familias y sus problemas*

La comprensión de los problemas que afrontan los individuos y las familias a través de su existencia es tan compleja y diversa como modelos existen que intentan describirlos y explicarlos; esto sin aunar el hecho de que, en el caso de las familias un problema puede tener tantas definiciones o percepciones como integrantes las conformen (Anderson, 1999). No obstante, lo que sí parece ser una constante es que la gente acude a terapia a causa de una insatisfacción con las condiciones de su presente y un deseo de mejorar el futuro (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999).

Empero, esta necesidad de entender los problemas de la familia exige también el tomar en cuenta el contexto inmediato así como el momento histórico en que vive, ya que desde mi punto de vista, muchas de las dificultades que enfrenta están en cierto grado determinadas por este contexto y este momento -incluso, diría que a través de la historia han establecido de manera significativa las condiciones bajo las cuales se ha ido transformando la familia (como ejemplo, podemos aludir al impacto que tuvo la Revolución Industrial en ella).



A este respecto, podríamos mencionar que dos de los factores que han tenido una gran influencia en la conformación de la dinámica de la sociedad actual son la economía globalizada de libre mercado y el avance tecnológico en las comunicaciones. En el caso de la economía, al menos en nuestro país la precariedad de ésta ha dado lugar a fenómenos como la migración, el aumento de mano de obra infantil, el subempleo y la falta de oportunidades, que de alguna manera influyen de manera particular en la dinámica y conformación de cada una de las familias que los viven -y que en la terapia familiar identificamos a través de términos como familias monoparentales, desintegradas, disfuncionales, etc.-; en cuanto al avance en la tecnología de las comunicaciones, su impacto a través de medios como el Internet y la televisión nos ha llevado a la apertura y descubrimiento de nuevas «realidades» -y en ocasiones al cuestionamiento de la nuestra-, a un diálogo sin fronteras que promueve en ciertos casos el enriquecimiento de ideas y nuevas formas de pensar (Tarde, citado en Guimelli, 2004), pero también a la confusión, en otros. Otros factores que, según la Encuesta sobre la Dinámica de las Familias (Rabell, 2005), también han dado lugar a la transformación de las relaciones intrafamiliares y el papel de la familia en México son: el incremento de la participación de la mujer en el mercado laboral, el control de la natalidad y la expansión de la escolaridad entre niños y jóvenes.

### **\*\*** *Situación actual de las familias mexicanas*

#### ***Conformación***

Con relación a la conformación de las familias mexicanas, las encuestas (Rabell, 2005; SNDIF, 2005) realizadas durante los últimos años, revelan que el tipo de familia que ha seguido predominando desde hace más de 20 años ha sido la nuclear, constituyendo tres cuartas partes del total de las familias mexicanas, seguida de la familia extensa, que representa el resto de las familias (ver Cuadro 1.1) (SNDIF, 2005).

Asimismo, del total de las familias, cuatro de cinco partes (81%) están encabezadas por hombres y una quinta parte (19%) por mujeres. En el caso de las familias nucleares, específicamente, las familias precedidas por un hombre representan el 85%, mientras que las precedidas por una mujer el 15%. No obstante, en un estudio comparativo entre 1990 y

2000, el SNDIF (2005) señala que las familias encabezadas por una mujer se incrementó a un ritmo del 5.1%, en comparación a las encabezadas por un hombre (2.7%).

Cuadro. 1.1 Distribución del total de las familias mexicanas en nucleares y extensas.

	Distribución porcentual de las familias		
	Jefe	Jefa	Total
Nucleares	63	11	74
Extensas	18	8	26
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Por otra parte, del total de las familias nucleares, el 13% de ellas lo constituyen familias monoparentales. Lo relevante de este tipo de familias es: que el 87% de ellas están precedidas por mujeres, que su número se ha incrementado en 3.2% anual y que su presencia se debe en gran parte a situaciones de disolución conyugal o viudez (ver Cuadro 1.2) (SNDIF, 2005).

Cuadro. 1.2 Situación del jefe(a) en familias monoparentales.

Situación del jefe (a)		Porcentaje	
		Jefe	Jefa
Situación del jefe (a)	Soltero(a)	2.8	9.3
	Separado(a)	22.0	26.4
	Divorciado(a)	8.8	10.0
	Viudo(a)	51.3	34.0
	Casado(a) o unido(a)	15.1	20.3

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Concretando, aún cuando ha predominado la familia nuclear encabezada por el hombre, la tendencia durante la última década es hacia un aumento de las familias precedidas por mujeres, sobretodo en las familias monoparentales.



## ***Tamaño***

Respecto al tamaño de las familias, según el SNDIF (2005), durante 1970 el tamaño de la familia promedio era de 5.6 integrantes, para 1990 el promedio de integrantes era de 5.1, mientras que en el 2000 este había disminuido a 4.5 (ver Cuadro 1.3).

Cuadro. 1.3 Promedio de miembros en familias nucleares y extensas durante el 2000.

	Total
Nucleares	4.1
Extensas	5.6
Promedio general	4.5

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Asimismo, el número promedio de hijos de las familias en general entre 1990 y 2000 disminuyó de 2.6 a 2.2 (SNDIF, 2005).



## ***Estatus civil***

Los estados civiles predominantes para la población mayor de 12 años de edad registrados durante el 2000 fueron: casados 44.6%, solteros 37.2% y unión libre 10.3%; los demás como divorciados, separados y viudos constituyen un porcentaje pequeño en comparación con el total de las categorías (ver Cuadro 1.4) (SNDIF, 2005).

Cuadro. 1.4 Estado civil de la población mayor de 12 años.

	Porcentaje
Solteros	37.2
Casados	44.6
Unión libre	10.3
Divorciados	1.0
Separados	2.6
Viudos	4.3
Total	100

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Es importante destacar que, según el censo, entre 1990 y 2000 las personas que decidieron vivir en unión libre registró un aumento de 3.5 veces en comparación con los que decidieron vivir casados; y que los que resolvieron separarse representaron un número tres veces mayor a los que optaron por divorciarse –y ha ido en aumento (SNDIF, 2005).

Las edades promedio para matrimonio y divorcio durante el 2000 fue de 25 y 35 años de edad, respectivamente; esto quiere decir que el promedio de duración del matrimonio cuando termina en divorcio es de 10 años. Respecto a la proporción de ambos estados durante el mismo año, por cada 100 matrimonios, 7 terminaban en divorcio. De acuerdo al SNDIF (2005), en 1970, de los divorcios registrados, 82% eran judiciales necesarios y 18% administrativos voluntarios; para el 2000, los divorcios judiciales necesarios fue de 27% solamente, mientras que los divorcios administrativo voluntarios se mantuvieron casi en la misma proporción (16%); la diferencia es que se añadió la categoría de divorcios judiciales voluntarios, constituyéndose en la mayoría (57%).

Un elemento de relevancia, tanto en el matrimonio como en el divorcio es el nivel de escolaridad. En el caso del matrimonio la relación matrimonio-escolaridad es inversamente proporcional; es decir, se ha observado que su incidencia es mayor en los grupos con menor escolaridad (y también menor edad) y menor en los grupos con mayor escolaridad (Rabell, 2005). Respecto al divorcio, la relación que éste guarda con la escolaridad es directamente proporcional; así, el nivel educativo de los que optan por él rebasa el de la población en general; esto es, según los registros, 1 de cada 2 de ellos cuenta con una escolaridad de bachillerato o superior (SNDIF, 2005).



### ***Conflictividad***

Considerando que el núcleo familiar no es sólo un lugar en el que se presenta apoyo y seguridad emocional, sino también diferencias y tensiones, es comprensible que en ciertos momentos de su existencia se presenten también conflictos entre sus integrantes. El siguiente cuadro (1.5) muestra algunos de los conflictos más relevantes reportados por las familias de acuerdo a Rabell (2005).

Cuadro. 1.5 Primera causa de conflicto presente en el mes previo a la encuesta realizada.

	Porcentaje
Asuntos económicos	19.5
Cuidado y orden en el hogar	7.1
Conducta/educación de los hijos	10.0
Convivencia/comunicación	15.4
Permisos/autoridad	18.0
Problemas de carácter u opinión	9.8
Celos/infidelidad/violencia	2.9
Adicciones	6.0
Problemas con la parentela u otros	2.5
Otro	8.6

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México, 2005.

Como muestra el cuadro, el conflicto de más predominancia dentro de las familias mexicanas tiene que ver con cuestiones de tipo económico, lo cual no es extraño si consideramos el contexto socioeconómico en el que se encuentra el país (situación que habíamos señalado ya anteriormente).

Los siguientes aspectos más frecuentes reportados por la Encuesta como áreas de conflicto son: permisos/autoridad (18%), convivencia/comunicación (15.4%) y conducta/educación de los hijos (10%). En el caso de los dos primeros, la experiencia clínica nos ha enseñado que éstos están asociados estrechamente con la educación de los hijos, por lo que en conjunto podríamos hablar de una sola categoría.

Con relación al rubro celos/infidelidad/violencia, es de llamar la atención que muestre una incidencia baja y que sea el único que haga una referencia implícita a conflictos de pareja en comparación con los reportes obtenidos a partir de la atención dada en la clínica a las familias, siendo en este ámbito el de mayor frecuencia. Una probable explicación es que en el asunto del análisis de nuestros casos, rubros como permisos/autoridad, cuidado y orden en el hogar, fueron considerados también dentro de los conflictos de pareja; la razón es que los rubros no son mutuamente excluyentes, por lo que algunos guardan una estrecha relación, dando cabida a que la pareja experimente conflictos en su rol parental a partir de ellos.

**\*\* Contexto terapéutico**

**Motivo de consulta**

En torno a las familias y personas atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, observamos que los motivos de consulta que más frecuentemente se presentaron estuvieron relacionados con problemas de pareja y de conducta de los hijos, seguidos en menor grado por problemas de violencia y comunicación (ver Fig. 1.1).

Antes que nada es necesario aclarar que estos problemas no son mutuamente excluyentes; es decir, no es que hubieran llegado familias que tuvieran sólo problemas de pareja o de comunicación, sino que varias de ellas presentaban más de un motivo de consulta (en estos casos se le pedía a los integrantes de la familia que los jerarquizaran a fin de poder darles atención). Así, lo que a continuación se presenta es una descripción elemental de cuál era la relación que guardaban entre sí los problemas manifestados por las familias.

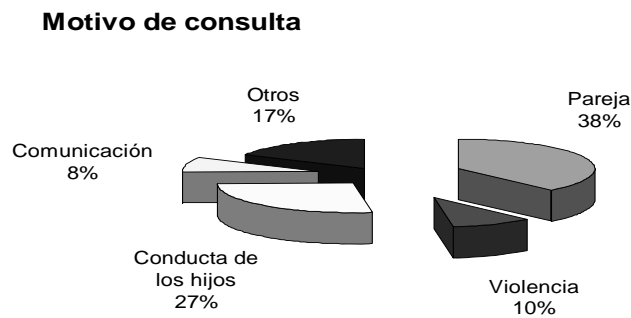


Fig. 1.1 Motivo de consulta de las familias y personas atendidas entre 2003 y 2005 en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

En cuanto a los problemas de pareja, un análisis más profundo revela que una parte importante de ellos tenía como trasfondo una cuestión de infidelidad por parte de alguno de los integrantes, y que de algún modo, esto había ocasionado otros problemas como la separación de la familia, divorcio, tristeza en los hijos, depresión y falta de acuerdos parentales con relación a los hijos. Otros problemas de pareja estaban relacionados, sobre todo, con una falta de comunicación para tomar decisiones y llegar a acuerdos, la inequidad

en las responsabilidades de la casa, así como a diferencias en la forma de educar a los hijos. En los casos de parejas donde no había hijos, sus problemas tenían que ver más con cuestiones como la falta de compromiso o vínculo afectivo y celos.

El rubro de problemas de conducta de los hijos incluye, además de los problemas que denota en sí la categoría, problemas relacionados con el rendimiento escolar. Es interesante observar que, en el caso de los chicos en etapa infantil sus problemas de conducta estaban asociados más con cuestiones de falta de atención en la escuela y bajas calificaciones, mientras que los chicos en la etapa de adolescencia los problemas estaban más relacionados con aspectos como rebeldía hacia las reglas de los padres, poca o ninguna participación en las responsabilidades de la casa y deserción escolar. Sin embargo, también encontramos algunos casos en los que a medida que el proceso terapéutico fue avanzando, se hacían evidentes problemas de desatención o violencia por parte de los padres hacia los hijos, lo que de alguna manera se reflejaba en el comportamiento de estos últimos.

En los casos que se presentaba violencia, lo que se observó es que cuando ésta se daba en la interacción de la pareja un factor común eran los celos, la falta de comunicación entre ellos mismos y el alcoholismo –en los casos en que éste se presentó. Así mismo, encontramos casos en los que la violencia también se daba en padres que exigían mucho a sus hijos a través de una disciplina basada principalmente en el castigo físico y psicológico. Cabe señalar que esto también se presentaba en familias reconstituidas en la interacción de la nueva pareja con los hijos de la otra, aunque en éstos más bien el maltrato se debía a una cuestión de celos hacia el progenitor de los chicos ausente, que por cuestiones de disciplina.

Los problemas de comunicación, como ya se mencionó, estaban asociados a dificultades en la toma de decisiones, dificultad para expresar los sentimientos (principalmente por parte de los hombres, siendo por tanto una demanda de las mujeres) y diferencias en la forma de educar a los hijos.

Finalmente, en la categoría de problemas «otros», lo que encontramos fue algunos casos de alcoholismo, codependencia hacia la pareja, parejas en proceso de separación y parejas ya separadas (en el caso de éstas últimas, las dificultades residían desde el desacuerdo en la educación de los hijos, la negación de alguno de los padres para que los hijos vieran al otro, la falta de cumplimiento por parte del padre en cuanto al sustento económico de los

hijos, hasta cuestiones de celo por parte de la pareja actual de la madre, cuando ésta vivía ya con otra persona).



### ***Modalidad de trabajo***

En cuanto a la modalidad de trabajo, casi en el cincuenta por ciento de los casos se trabajó con la familia completa o parte de ella; un veinticinco correspondió al trabajo individual, mientras que en el resto de ellos se trabajó con la pareja (ver Fig. 1.2).

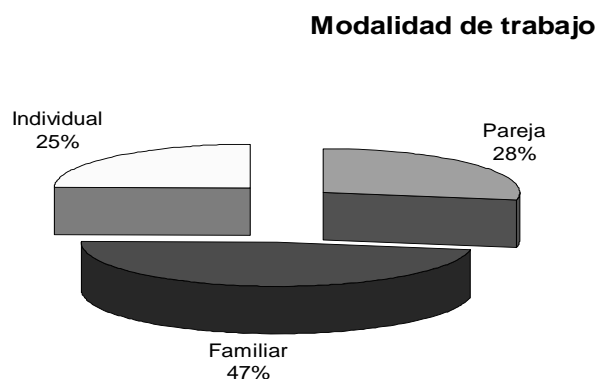


Fig. 1.2 Esta gráfica muestra los integrantes con los que básicamente se trabajó a lo largo del proceso terapéutico.

Un aspecto interesante observado en el trabajo llevado a cabo con las familias es que éste obedecía casi en la totalidad de los casos a problemas con alguno -o más- de los hijos. Esto quiere decir que, cuando las familias afrontaban dificultades con los hijos, los padres tendieron, mayormente, a responder de manera participativa hacia el trabajo terapéutico, lo cual no implica que no se dieran también casos en los que alguno de los padres (en especial el padre) se mostrara ajeno al proceso, ya sea no asistiendo desde un principio a la clínica o dejando de hacerlo una vez iniciada la terapia -en este sentido, lo importante es que fueron los menos.

En el caso de las parejas, lo que encontramos es que en gran parte de ellas, ambos integrantes mostraron disposición para resolver sus conflictos, de ahí que asistieran regularmente a las sesiones y se pudiera realizar este tipo de proceso con resultados satisfactorios; en el resto de los casos lo que observamos es que uno de los integrantes iba



más bien a terapia a instancias del otro –como obligado-, percibiendo nosotros una falta de compromiso, tanto hacia su pareja misma como hacia el proceso, por lo que, es por demás decir que con ellos los resultados no fueron muchas veces los que se esperaban.

En cuanto al trabajo «individual», (lo entrecorillo así porque en realidad, aunque se atendió a personas de manera individual, valga la redundancia) los problemas tenían que ver con sus interacciones con los demás –específicamente con su pareja. La cuestión con estas personas es que no habían logrado que su cónyuge asistiera a la terapia, optando por solicitar atención sólo para ellas. Aunque también se dieron casos en los que algunos individuos solicitaron atención individual porque estaban pasando por un proceso de separación de sus parejas –y de sus hijos, en el caso de los hombres.



### ***Modelos terapéuticos***

Los modelos empleados para abordar las problemáticas de las familias fueron: el modelo estructural, el integrativo, el de Milán, el modelo de terapia breve, el orientado a soluciones y el narrativo. En relación a este aspecto, en principio considero que es importante señalar que la aplicación de cada uno de ellos en la modalidad de supervisión directa obedeció a una cuestión de orden académico; esto es, la asignación que se hizo de las familias para su atención fue de acuerdo a la materia que estuviéramos cursando en ese momento, lo cual explica que se observe una distribución básicamente similar del empleo de cada modelo (ver Fig. 1.3). En el caso del modelo de soluciones, sólo éste presenta una aplicación mayor con relación a los otros; el motivo se debe a dos razones: en primer lugar, a que por sus mismas características propicia la brevedad de los procesos dando pie a que se pueda atender a un número mayor de familias (lo cual no implica necesariamente una mayor eficacia comparado con los otros); en segundo lugar a que, por razones de tiempo y espacio (en cuanto a la estancia en la residencia), en muchos de los casos que se llevaron a cabo bajo la modalidad de supervisión narrada era preferible el empleo de este modelo.

### Modelo terapéutico

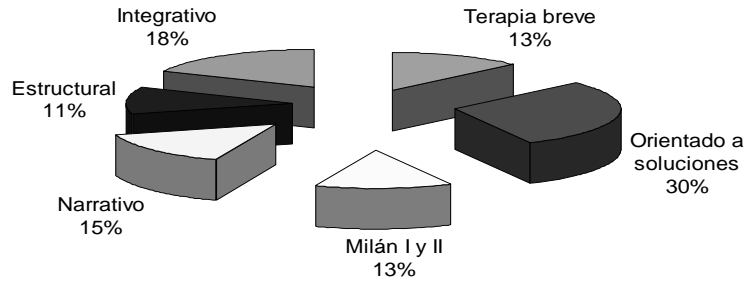


Fig. 1.3 Modelos terapéuticos empleados en la atención de las familias y personas que acudieron a la clínica.

Por otra parte, pienso que la aplicación del criterio académico en la atención de las familias conlleva una limitación para el terapeuta en formación al no poder tener elección en el tipo de tratamiento que podría considerar requiere la familia o con el cual podría sentirse cómodo trabajando por su estilo de intervención. Las implicaciones de esto son que, desde mi punto de vista, algunas familias habrían respondido mejor a un tipo de modelo, así como el que el terapeuta se hubiera sentido con una mayor capacidad de maniobra. No obstante, -tal y como lo discutimos en diversas ocasiones con nuestros supervisores y maestros- es comprensible que en todo caso esto sea un costo del proceso de la formación, pero que es primordial tenerlo presente sobre todo al evaluar los resultados obtenidos con la familia y el desempeño del terapeuta.



### ***Tipo de supervisión***

Tocante al tipo de supervisión, la mayor parte de ella correspondió a la modalidad de supervisión directa -por razones obvias- (ver Fig. 1.4). En cuanto a la supervisión narrada, como se comentó anteriormente, tuvo cierta preferencia hacia el uso del modelo de soluciones y en menor grado a la terapia narrativa y estructural.

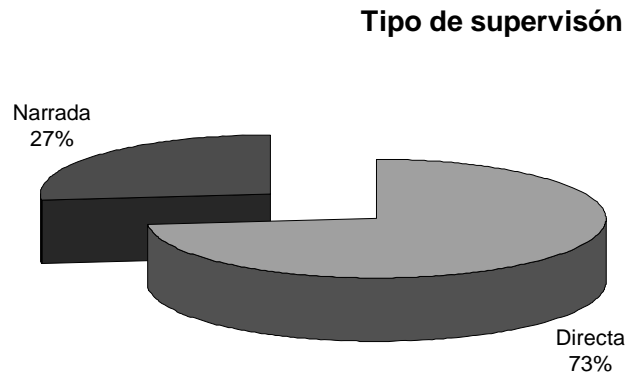


Fig. 1.4 Proporción del tipo de supervisión ejercida en el tratamiento de las familias y personas atendidas.

## *La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativas terapéuticas*

La diversidad de problemas por los que suelen pasar muchas familias a lo largo de su existencia, así como las adversidades que su contexto les impone, han planteado un reto a la psicología, y en particular a la terapia familiar, que, afortunadamente poco a poco ha sido superado. Los hallazgos derivados de las observaciones de los primeros pioneros, así como la posterior y gradual sistematización de estas observaciones por parte de numerosos teóricos, han dado como resultado un conjunto de conocimientos, que hoy por hoy, ha conformado y consolidado a la terapia familiar como disciplina, por un lado, y a brindar respuestas a las dificultades de las familias, por otro.

Aunque recientemente algunos autores han iniciado una crítica y un distanciamiento hacia el enfoque sistémico de la terapia familiar, como White (2002), Anderson y Goolishian (1998), -incluyendo a los mismos Haley (1998) y Selvini Palazzoli (1998<sup>a</sup>, 1998<sup>b</sup>), (antes de que ella muriera) -, entre otros, es innegable que este enfoque sigue siendo vigente en la medida que ha dado y continúa dando respuestas a nivel pragmático -a pesar del debate teórico que han planteado estos autores.

En el caso de la terapia sistémica, conceptos como el ciclo vital de la familia, los axiomas de la comunicación humana, la noción misma de la familia como un sistema, su tipología, etc., nos han ido permitiendo comprender el funcionamiento de la familia y plantear estrategias de intervención de manera inmediata en muchos de los casos. Del mismo modo, estos conocimientos también han posibilitado la anticipación de diversos problemas – como por ejemplo, las dificultades en la transición de una etapa a otra del ciclo vital- y en esa medida implementar también programas de prevención.

Respecto a las terapias posmodernas, pienso que su propuesta de volver la atención de nuevo al individuo -pero de forma distinta a las terapias presistémicas-, y el planteamiento de que el problema es lo que constituye al sistema (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1998; Boscolo, 1998) me parece interesante y acertado -aunque ciertamente, algunos de los modelos sistémicos planteaban ya, que no siempre era necesario trabajar con todo el sistema, sino con los integrantes que permitieran la posibilidad del cambio. En este sentido, el mérito de los autores posmodernos es señalar y hacer hincapié en esto, algo que en la práctica ya se había observado.

Para finalizar este apartado, considero importante apuntar que aún es muy temprano para poder evaluar los alcances que puedan tener las terapias posmodernas. Personalmente, me parece que algunos de sus seguidores las han exaltado en demasía, sin ver las implicaciones que sus postulados puedan tener para las familias y los individuos a futuro. Quizás parezca un poco vago este comentario, pero me es difícil definir claramente mi inquietud. Como reconoce la misma Harlene Anderson a propósito de la emergencia de la corriente posmoderna:

La similitud entre esta nueva agitación y el surgimiento de la terapia familiar es que los audaces que hoy cuestionamos lo conocido nos encontramos en medio de un discurso fronterizo, y en territorios todavía no revelados (Anderson, 1999; p. 60).

## *Escenario clínico*

### *\*\* Descripción del escenario*

El lugar donde se llevó a cabo el trabajo clínico con las familias fue el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, el cual se encuentra ubicado dentro de la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Psicología en el sótano del edificio D de posgrado.

El área clínica del centro está conformada por doce cubículos distribuidos de la siguiente manera: seis para atención individual, cuatro cámaras de Gesell para la atención a familias, un cubículo para terapeutas y un cubículo para residentes de Medicina Conductual (quienes junto con la coordinación hacen la evaluación de todas las solicitudes captadas por el centro y luego distribuyen a los diferentes tipos de servicios que ofrece el mismo centro u otras instituciones); mientras que el área administrativa cuenta con dos oficinas para asuntos administrativos (coordinación del centro y canalización de casos), un área de recepción y sala de espera.

En cuanto a las cámaras de Gesell, éstas cuentan con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, sistema de grabación de audio y video, además de mobiliario (sillones y mesas) adecuado, tanto para la atención de las familias, como para el área de observación del equipo terapéutico.

El centro cuenta con un horario de atención continuo de las ocho treinta a las diecinueve horas, y sólo se encuentra abierto durante el calendario escolar de la facultad (lo cual, en ocasiones es una limitación pues se tienen que suspender los procesos terapéuticos durante los periodos de vacaciones).

Los servicios que se ofrecían en el centro en el período en el que se realizó esta residencia eran:

- ✓ Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios
- ✓ Terapia individual
- ✓ Terapia infantil

- ✓ Terapia para adolescentes
- ✓ Terapia racional emotiva
- ✓ Atención psicológica para enfermedades crónico-degenerativas
- ✓ Terapia Familiar y de Pareja
- ✓ Práctica supervisada para licenciatura, servicio social y práctica profesionales
- ✓ Preconsultas y canalizaciones externas
- ✓ Impartición de talleres como: autoestima, manejo de estrés y taller para padres, entre otros

**\*\*** *Análisis sistémico del escenario*

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila proporciona formación supervisada a todos los estudiantes en diferentes corrientes psicológicas, tanto de licenciatura como de posgrado; también brinda servicio terapéutico en forma individual, de familia, de pareja y grupal, así como una diversidad de talleres a los estudiantes y público en general, además de contar con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

Estas funciones y su posición dentro del campus universitario le permiten no sólo llevar a cabo su organización interna para el cumplimiento de sus objetivos, sino que también guarda una relación estrecha con otras organizaciones, tanto pertenecientes a la misma UNAM como otras de tipo privado. A continuación se presentan las diversas áreas que la conforman, así como sus vínculos externos:

***Residencia de Medicina Conductual:*** tiene dentro de sus funciones la realización de preconsultas con el fin de canalizar a los solicitantes del servicio a los diferentes programas de atención o instituciones externas.

***Profesores y supervisores adscritos:*** llevan a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos de la atención psicológica que brindan los residentes de los diferentes programas de maestría.

***Coordinación del centro:*** está a cargo de la organización, coordinación y asignación de espacios y horarios del centro. La persona encargada de las canalizaciones es quien deriva las solicitudes a los

diferentes programas y servicios del centro para su atención. En situaciones de emergencia para personas que acuden en estado de crisis, la coordinación también realiza atención psicológica.

**Personal de recepción:** tienen como responsabilidad la atención y orientación de los solicitantes, sea de forma personal o telefónica; la distribución y canalización de las solicitudes para el servicio de preconsulta; así como actividades administrativas inherentes al centro.

**Redes:** las instituciones a las que se remiten o canalizan a los pacientes son:

- Centros comunitarios dependientes de la UNAM
- Clínicas especializadas
- Instituciones de atención gubernamentales y privadas
- Asociaciones civiles
- Consulta privada

#### \* *Procedimiento de atención a las familias*

Como se mencionó al principio, la sede en la cual se trabajó durante nuestra estancia en la residencia fue el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila. El procedimiento de atención consistió básicamente en:

- a) Programar y realizar junto con los alumnos de la residencia de Medicina Conductual una preconsulta con los pacientes que solicitaron asistencia psicológica
- b) Una vez realizada ésta y de acuerdo al motivo de consulta expresado, canalizar cada una de las solicitudes a las diferentes áreas de servicio del centro
- c) En el caso de las solicitudes recibidas por la residencia de Terapia Familiar, éstas fueron programadas a cada uno de los estudiantes-terapeutas y modelos en turno para su atención
- d) Asignadas ya las solicitudes a cada uno de los estudiantes y después de haber concertado una cita vía telefónica, el terapeuta exponía -durante la primera o segunda entrevista- las condiciones del proceso terapéutico a la familia, para en caso de aceptar ésta, iniciar el proceso terapéutico

Por otra parte, es importante apuntar que la UNAM también cuenta con otros centros de atención:

- El Centro de Investigación y de Servicios de Educación Especial (CISEE), que realiza investigación y ofrece atención educativa y psicológica especializada a personas con discapacidad intelectual, así como información, asesoría, canalización, terapia y diagnóstico al público en general, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con este tipo de discapacidad y la de sus familias
- El Centro Julián McGregor y Sánchez Navarro que proporciona diferentes servicios psicológicos a la comunidad a través de diversos programas y actividades, tanto a nivel preventivo como de intervención, dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad en áreas como adicciones, violencia pública e intrafamiliar, hábitos (alimentarios, de higiene, entre otros), problemas escolares (deserción, aprendizaje, ambientes escolares, analfabetismo funcional), sexualidad y salud reproductiva, participación ciudadana y cultura cívica, problemas en las relaciones familiares
- Y el Centro Acasulco, que alberga el programa de adicciones con tres subprogramas de atención: adicciones, tabaquismo y bebedores problemas. Este Centro es atendido básicamente por personal de la Residencia en Adicciones de la misma facultad con enfoque cognitivo-conductual.





ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
DR. GUILLERMO DÁVILA

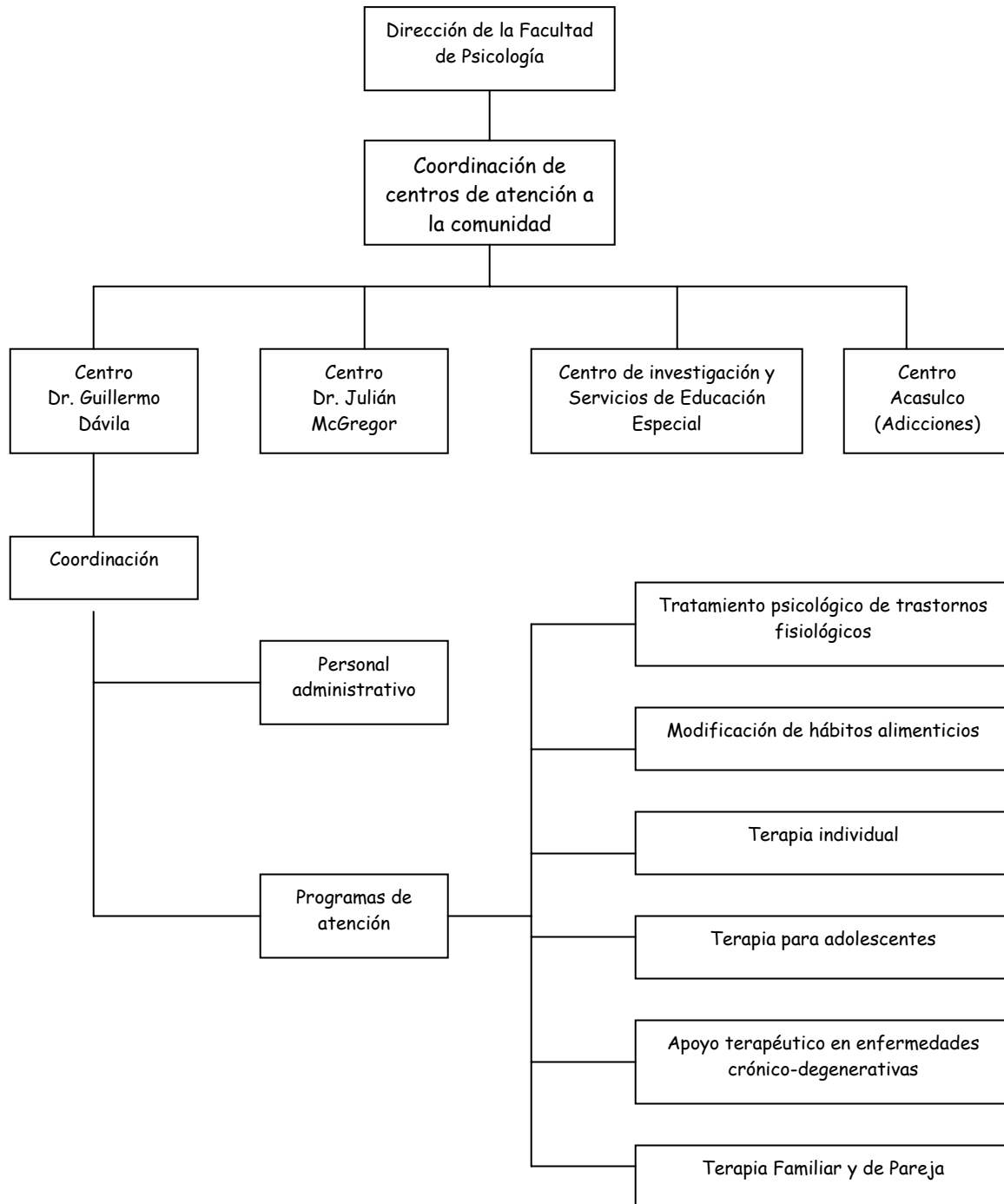


Fig. 1.5 Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos  
Dr. Guillermo Dávila

## *Fundamentos de la terapia familiar*

Los fundamentos de la terapia familiar han tenido fuentes tan numerosas y de diversas disciplinas, que sería necesario un espacio aparte para poder describirlas en su totalidad; no obstante, a continuación se expondrán las que por su amplitud y relevancia han pasado a ser piedras angulares en la construcción y desarrollo de esta disciplina.

### \* Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas surgió como una alternativa a las características predominantes -pero cada vez menos suficientes- de la ciencia positivista de ese momento: todo se veía y se medía bajo la ciencia física, incluyendo lo biológico, el comportamiento y lo social, a lo cual se le llamó *reduccionismo*; esto originó, por lo tanto, un descuido de estas áreas debido a que los fenómenos observados en las mismas no se adecuaban al método de explicación prevaleciente; y un *método lineal* de investigación, que consistía en encontrar la relación causal entre dos variables (von Bertalanffy, 1991).

Aunado a este panorama, también hicieron su aparición nuevas concepciones teóricas como la cibernética, la teoría de la información, la teoría de las decisiones, el análisis factorial, entre otras, que hacían cada vez más evidente la necesidad de una nueva epistemología que, por un lado integrara estos conceptos, y por otro, hiciera posible la comprensión y explicación de los fenómenos observados para los cuales la ciencia tradicional no ofrecía respuesta (Ibid).

Esta nueva concepción fue la Teoría General de Sistemas, la cual permitió entender a cada organismo u organización como un conjunto de elementos relacionados entre sí y que contribuyen a un determinado objetivo. Con base en esta premisa genérica se desarrollaron a

su vez un conjunto de principios que ayudaban a entender el funcionamiento de este conjunto o «todo», entre los que destacan por su importancia:

- *Organización*: es el todo
- *Jerarquías*: es la posición que ocupa cada uno de los elementos dentro del sistema de acuerdo a su importancia
- *Límites*: es una barrera que puede ser imaginaria o real y que separa al todo de su contexto, lo mismo que a cada una de sus partes internas
- *Homeostasis*: es la necesidad de guardar un equilibrio ante los cambios
- *Equifinalidad*: es el hecho de que a partir de condiciones diferentes se llega a un mismo fin
- *Equipotencialidad*: un mismo punto puede originar diversos efectos
- *Comunicación*: es el intercambio de información entre las partes del sistema, o del sistema con su contexto o suprasistema
- *Retroalimentación*: es información que recibe el sistema sobre sí mismo
- *Sistema abierto*: es el intercambio libre y abierto de información entre el sistema y su suprasistema
- *Sistema cerrado*: en éste el intercambio de información entre el sistema y su suprasistema es inexistente (Ochoa, 1995)



Dada la concepción anterior de sistema, es posible entonces, considerar a la familia como un sistema relacional, es decir, como un conjunto de personas vinculadas entre sí por reglas -implícitas y/o explícitas- de comportamiento y funciones dinámicas, de un modo que el cambio de estado en una de ellas va seguido de un cambio en las otras personas, lo cual a su vez representa también un cambio en el sistema original (Andolfi, 1977; Anderson, 1999).

Para Andolfi (1977), ésta concepción de la familia nos lleva a tomar en cuenta tres consideraciones acerca de su funcionamiento y organización:

- ❖ La familia es un sistema en constante transformación que se adapta a las exigencias de las diversas etapas por las que atraviesa con el propósito de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial de cada uno de los miembros que la conforman a través de la

interacción de dos procesos: la tendencia homeostática (estabilidad) y la capacidad de transformación (cambio)

- ❖ La familia es un sistema activo que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y transformado en el tiempo por medio de ensayo y error, hasta llegar a una unidad sistémica regida por particularidades transaccionales propias del sistema mismo. Estas transacciones, son a su vez, producto de la presencia de una jerarquía de poder -en la que los padres tienen diferentes niveles de autoridad en relación con los hijos- y de una complementariedad de funciones -en la que los miembros parentales aceptan una interdependencia recíproca-
- ❖ La familia es como un sistema abierto que establece una relación de tipo dialéctico con otros sistemas y suprasistemas: influye, pero también se ve influido (en sus normas, valores, funcionamiento y organización) por esta interacción

Quizá el aporte más importante, por sus implicaciones en la práctica terapéutica, haya sido lo referente al diagnóstico. Si en el modelo tradicional éste se enfocaba a los «trastornos» propios del individuo, con la teoría sistémica el diagnóstico se enfoca a la interacción de la familia como un todo, tanto interna como externamente.

### \* \*\* *Teoría Cibernética*

Como ya se mencionó, la cibernética surge a partir de las investigaciones de Norbert Wiener y John von Neumann sobre el control automático de las armas y la computación digital (Wittezaele y García, 1994; Hoffman, 1987), siendo Wiener mismo quien acuñó el término de cibernética. La importancia de esta teoría y la de la teoría de sistemas de von Bertalanffy para la terapia familiar es que, permitieron, tanto a teóricos como a clínicos, abandonar las estrechas teorías sobre el individuo caracterizadas por una visión de linealidad y emprender la exploración de nuevos conceptos y técnicas en la resolución de problemas más amplios, que proporcionaban una mayor utilidad al trabajar con sistemas multipersonales como lo es la familia (Anderson, 1999).

En una primera instancia, la aplicación de la cibernética a la comprensión del comportamiento de los individuos en el contexto familiar implicó la adopción de un modelo

homeostático y retroalimentación negativa enfocado en las propiedades del sistema familiar como sistema autónomo. Estas propiedades incluían mecanismos de retroalimentación encaminados a corregir desviaciones activadas por errores o cambios en el sistema. En este sentido, la familia era percibida como un servomecanismo con un elemento regulador que preservaba la norma e imposibilitaba el cambio.

La metáfora cibernética de la homeostasis, que incluía las nociones centrales de equilibrio, retroalimentación negativa, resistencia al cambio, cambio continuo, funcionalidad del síntoma y defecto estructural, se convirtió en la base para entender la organización familiar, ya fuera saludable o patológica (Anderson, 1999; p. 48).

Esto es lo que se dio por llamar «cibernética de primer orden» o de los «sistemas observados»; esto es, el sistema observado se considera fuera del observador, donde, tanto su organización como su pauta están determinadas desde una perspectiva de observador-observado. La mayoría de los encuadres terapéuticos no sistémicos y sistémicos de primer orden caen dentro de este parámetro cibernético (Anderson, 1999; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Ante este panorama, la función del terapeuta se reducía a interrumpir la homeostasis y promover el cambio de manera activa, asumiendo una posición de experto, diagnosticando y reparando el sistema familiar (Anderson, 1999).



No obstante, esta forma de ver la familia empezó a ser cuestionada a nivel teórico pues al centrarse únicamente en la homeostasis de los sistemas, y por tanto en la ausencia del cambio, era incapaz de explicar éste. Esta crítica se debía principalmente a que en la práctica, las observaciones indicaban que la familia, lo mismo que otros sistemas vivos, crecía y cambiaba. Este vacío muy pronto fue salvado con la aparición del trabajo de Murayama, quien proponía que había dos tipos de retroalimentación cibernética: la retroalimentación negativa (o *morfostasis*), que explicaba la estabilidad, y la retroalimentación positiva (o *morfogénesis*), que explicaba el cambio (Hoffman, 1987; Anderson, 1999; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Del mismo modo, la prevalencia de la noción de los sistemas observados también fue cuestionada debido al desarrollo de nuevas perspectivas en otras áreas de la ciencia y la filosofía. Así, por ejemplo, dentro de la física la teoría cuántica y la relatividad einsteniana aseveraban que la observación da sentido a lo observado; es decir, los observadores influyen e interpretan lo observado, de lo que se podría afirmar que las distinciones no están fuera del observador, sino dentro de él. En conclusión: el observador no es independiente del sistema observado. Este nuevo enfoque fue lo que se conoció como «cibernética de segundo orden» o de «los sistemas observantes» (Anderson, 1999; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las implicaciones terapéuticas de esta perspectiva fueron que el terapeuta no es ya un agente que opera cambios en el sistema familiar, sino que es un receptor de la realidad de la familia, siendo su función el introducir diferencias significativas que puedan facilitar el surgimiento de nuevas alternativas para lograr el objetivo terapéutico (Sánchez y Gutiérrez, 2000).



Otros dos conceptos relevantes derivados de esta teoría son los relacionados a los cambios que se pueden presentar en un sistema cibernético. Ashby había propuesto una retroalimentación bimodal, la cual definía como un mecanismo que capacita a una entidad o a un organismo a sobrevivir las fluctuaciones de un día para otro así como los cambios radicales. Así, tenemos que los «cambios de primer orden» son aquellos en que se considera a la familia como un sistema que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación con tendencia a la homeostasis (morfoestasis), por lo que las intervenciones terapéuticas están destinadas también a preservar este equilibrio (Hoffman, 1987).

Los «cambios de segundo orden» se basan en el modo en que los sistemas cambian su organización por medio de retroalimentación positiva (morfogénesis). Este concepto fue introducido en la terapia familiar debido a las modalidades terapéuticas de Minuchin y Whitaker, lo que permitió la aparición de nuevos paradigmas terapéuticos, con sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, ataques a subsistemas, etc. Estas técnicas estaban encaminadas a conmover a la familia como una forma de sacarla de su estado de crisis y ofrecer otra realidad (Hoffman, 1987; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

## \*<sup>\*</sup> Las aportaciones de Bateson

Una de las cosas de llamar la atención en Gregory Bateson es el hecho de venir de una familia de científicos. Su abuelo paterno fue maestro en el St. John's Collage de la Universidad de Cambridge, mientras que su padre, William Bateson, estudió zoología en la misma universidad llegando a ser maestro en ella posteriormente, caracterizándose por ser un científico ateo no alineado con la normas convencionales de la ciencia de su época. Su interés se centra en los problemas de la simetría, así como en los procesos de hibridación y en el estudio de los caracteres recesivos y dominantes propuestos por Gregor Mendel. Cabe mencionar que su admiración a Mendel fue tal, que terminaría por llamarle a uno de sus hijos Gregory (Wittezaele y García, 1994).

Dado este contexto de tradición científica familiar Bateson acaba por estudiar biología. Sin embargo, más tarde y a raíz de un viaje por las islas Galápagos, elige a la antropología como su campo de ejercicio. Así pues, su interés por comprender y poder dar una explicación acerca del fenómeno tan complejo como es una sociedad, lo lleva a realizar otro viaje a Nueva Guinea para efectuar un trabajo de campo entre los *baining*, una tribu de cazadores de cabezas. Este viaje terminaría por ser un evento determinante en su vida por varias cuestiones: durante éste conoce a un matrimonio de antropólogos formado por Reo Fortune y Margaret Mead (terminando ella por ser su esposa después de haberse divorciado éstos) quienes lo inician en algunos temas de psicología como el estudio del individuo, las cuestiones de personalidad, las explicaciones de la psicología de la *Gestalt*, del psicoanálisis y de las teorías del aprendizaje; así como ser el punto de partida en el desarrollo de sus ideas, pues de sus observaciones surgiría su primera obra: *Naven*, la cual aparecería en 1936 (Wittezaele y García, 1994; Hoffman, 1987).

El objetivo de esta obra era, presentar no la sociedad iatmul (una tribu de Nueva Guinea) en su conjunto, sino solo una ceremonia, el *naven*. El valor de la obra radica en su reflexión teórica acerca de la naturaleza de la explicación, abarcando tres niveles diferentes de abstracción:

1. Descripción de la cultura iatmul. Reúne una gran cantidad de datos que en primera instancia no van unidos a una estructura explicativa, sino que va obteniendo a través

de los encuentros con sus informantes o de las observaciones de campo que logra hacer

2. Relación de los datos. Una vez tenidos los datos los empieza a relacionar en función de diversos puntos de vista: emocional, cognoscitivo, etc. Su objetivo es tratar de explicar la organización cultural de los instintos y de las emociones del individuo. Para esto crea un nuevo término, el *ethos* de la cultura, que él considera como «el espíritu característico, la tonalidad general de un pueblo o de una comunidad... o de un sistema». Asimismo introduce el término *eidos* para describir los estilos culturales de pensamiento: «Después de haber examinado las premisas de la estructura de una cultura particular, podemos organizarlas juntas en un sistema coherente y llegar finalmente a un cuadro general de los procesos cognoscitivos implicados. Llamaré a este cuadro general el *eidos* de la cultura»
3. Finalmente, cuestiona el proceso mismo de la elaboración de las diversas teorías explicativas, el cual es analizado, terminando en cuestiones epistemológicas. «De hecho, la ceremonia del *naven* es sólo un estudio de la naturaleza de la explicación [...] Incluso se trata más bien de un intento de síntesis, de un estudio de los modos como pueden ser estructurados los datos en un conjunto, y esta estructuración de los datos es lo que designo por “explicación”» (Wittezaele y García, 1994)

Sin embargo, tiempo después se da cuenta que ha cometido un error al confundir las categorías explicativas con la realidad de la vida social, es decir, «cosificar» los conceptos. A partir de aquí intentará corregir el manuscrito para rectificar su error. Es importante señalar que este error lo llevó a hacer una distinción entre «el mapa» y «el territorio», idea que estará presente en sus futuros trabajos. Esta reflexión epistemológica continuará y se apoyará principalmente en la estructuración lógica jerarquizada del lenguaje tal como Russell y Whitehead dejarán ver en su «teoría de los tipos lógicos» (Ibid).



Un concepto que será de gran importancia en el desarrollo de la epistemología de la escuela de Palo Alto -pues marcará los inicios del análisis interaccional del comportamiento humano-, es el de «cismogénesis», que se derivó también del estudio de los iatmul y que



Bateson utilizó para explicar la dinámica del equilibrio social en este grupo (Ibid). Asimismo, diferencia dos tipos de configuración interaccional cismogénica:

- a) La cismogénesis complementaria: él observa que cuando dos hombres se entregan a comportamientos espectaculares, la presencia de mujeres, tiene un efecto sobre su conducta: los estímulos de las mujeres refuerzan el exhibicionismo de los hombres, lo que produce un mayor estímulo en ellos, y por tanto, más exhibicionismo, y así sucesivamente. En este tipo de interacción, el comportamiento de un individuo o de un grupo es el complemento del otro; como en las parejas autoridad-sumisión, debilidad-asistencia, etc.
- b) La cismogénesis simétrica: en esta el comportamiento de un individuo o de un grupo de individuos es «el reflejo en un espejo» del otro. Es decir, una conducta de un individuo provoca otra semejante en otro individuo, dando paso a configuraciones interaccionales del tipo agresión-agresión, competencia-competencia, etc. (Bateson, 1982)

Este concepto hace que Bateson dé un paso notable: para poder entender el comportamiento de un individuo, hay que tomar en cuenta los vínculos entre dicho individuo y las personas con las que se relaciona; la conducta de un sujeto está igualmente determinada por la respuesta del otro. La explicación del comportamiento pasa de esta manera de una visión intrapsíquica a una consideración del sistema relacional del individuo, siendo la unidad de análisis la *interacción*. De este modo Bateson anticipará los estudios posteriores sobre las interacciones redefiniendo el campo de la psicología social e iniciando ya la traslación del campo de la patología del individuo hacia el sistema interaccional (Wittezaele y García, 1994).



Otra de las ideas de Bateson es la que hace referencia a «la diferencia que hace la diferencia». Para él significa que, si existe una infinidad de diferencias potenciales en nuestro entorno, solamente se convertirán en «informaciones» para nosotros las que tengan un «efecto» sobre nuestro organismo, teniendo en cuenta los límites de nuestros órganos sensoriales. Sin embargo, la diferencia no se sitúa en ninguna parte; es una relación entre las

cosas y esta relación es una abstracción. A este respecto podríamos decir que, la información consiste en unas diferencias que crean una diferencia. Pero para que esta diferencia sea percibida como información es necesario codificarla. El principio básico es que, para obtener un mensaje codificado adecuado, es necesario que la codificación preserve las relaciones formales existentes entre los diversos elementos de los acontecimientos transmitidos. Todo mensaje que viaja en un circuito sufre transformaciones; el árbol que se encuentra «allí», en el mundo exterior, no puede encontrarse «aquí», en nuestra mente, si no es sufriendo una transformación, por lo tanto a este proceso de transformación se le llamará «codificación» (Bateson, 1982). El tipo de codificación es pues, el tipo de redundancia que se establece entre dos conjuntos; es lo que distingue –y relaciona a la vez- el mapa y el territorio. Bateson hace una diferencia entre diversos tipos de codificación:

- ❖ *Codificación analógica*: aquí la codificación no se refiere únicamente a la conducta, sino a las analogías en su sentido literal lingüístico
- ❖ *Codificación digital*: la palabra digital deriva del hecho de que en un principio se contaba con los dedos. Es sinónimo de codificación numérica. Aquí la información es transformada en magnitudes discretas, esto es, unidades distintas. Con la aparición del sistema binario, estas unidades se resumen en la elección entre 0 y 1. Por lo tanto, la diferencia será percibida o no, en tanto que su exactitud depende de la precisión de las distinciones
- ❖ *Codificación icónica*: este tipo de codificación se refiere a la capacidad de tener una imagen total
- ❖ *La parte por el todo*: es la capacidad de poder completar una «imagen» a partir de una de sus partes
- ❖ *Codificación holográfica*: en este tipo de codificación cada una de las partes de la imagen contiene información sobre la totalidad del objeto representado (Wittezaele y García, 1994)



Para Bateson la relación que existe entre el «aprendizaje» y la «comunicación» es que, mientras el primero puede definirse como «un aumento en la redundancia entre el que aprende y su entorno», la segunda es el medio de establecer esta redundancia. «La esencia y la

razón de ser de la comunicación es la creación de la redundancia, de la significación, del modelo, de lo previsible, de la información y/o de la reducción del azar mediante la restricción». Para explicar este proceso Bateson (1981) propone cuatro niveles de aprendizaje diferentes:

- ✦ El aprendizaje de nivel cero. Este es el aprendizaje más simple y se refiere a que los efectos de un estímulo, por alguna razón, son estereotipados. Lo cual puede corresponder a una programación genética o a que la respuesta a un estímulo se ha hecho muy estereotipada
- ✦ El aprendizaje de nivel 1: en este nivel el sujeto se encuentra al principio en una situación que permite una gran diversidad de conductas, y después, poco a poco, por una serie de ensayos consecutivos, corregirá sus «errores» y acabará por dar un cierto tipo de respuesta con una probabilidad mayor
- ✦ El aprendizaje de nivel 2: aquí el aprendizaje consiste en un cambio en el proceso mismo de aprendizaje, o lo que Bateson llamará «aprender a aprender», «aprendizaje secundario» o «deuteroaprendizaje». Algunas de las conductas aprendidas en este nivel son el «fatalismo», la «dependencia», la «astucia», el «cinismo», una «personalidad pasiva-agresiva», el «desapego», la «confianza», etc.
- ✦ El aprendizaje de nivel 3: en la medida en que un individuo llega al aprendizaje 3 y aprende a percibir y a reaccionar en función de contextos de contextos, su «sí mismo» estará por así decirlo fuera de lugar. Lo que se llama aquí el «sí mismo» no es más que el producto o agregado de aprendizajes 2. En este nivel, Bateson apunta a cuestiones fundamentales de la naturaleza humana como, la lucha perpetua entre, por un parte, el deseo de seguridad, el miedo a la novedad, la voluntad de sacar lecciones de la experiencia pasada a fin de poder prepararse mejor para afrontar los cambios continuos de nuestra relación con el mundo, y, por otra parte, la disponibilidad del hombre ante los cambios perpetuos de su entorno, la creatividad

Habría que enfatizar que la «redundancia» tiene un papel vital para la adaptación del individuo a su medio ambiente. Sin ella, sólo habría caos; no sería posible el aprendizaje; de hecho las leyes de la naturaleza o de la materia representan la sistematización de tales

redundancias. En el caso de la conducta humana, podríamos decir que los hábitos son una forma de redundancia. Si observáramos una relación nos percataríamos de que existen patrones en su interacción, es decir habrán comportamientos que aparecerán más que otros. Por lo tanto, se dirá que hay redundancia entre dos conjuntos de interacción si la aparición de un elemento del primer conjunto produce una restricción en la libertad o la posibilidad de aparición de cualquier otro elemento en el segundo conjunto. En el aspecto de la comunicación, la redundancia define en cierta forma las reglas de la relación entre los dos miembros de la pareja (Bateson, 1981).



Dos ideas más que dan cuenta de la riqueza conceptual de Bateson y que han encontrado una gran aceptación y aplicabilidad dentro de la terapia familiar son: «la pauta que conecta» y «la visión binocular». La primera afirma que atrás de una secuencia de eventos existe una pauta que les da sentido; de alguna manera, la terapia nos sirve para identificar, en el caso de las familias disfuncionales, cuáles son las pautas que determinan su tipo de interacción y por ende, su problema. La segunda propone que la conjunción de dos o más perspectivas proporcionan un panorama más amplio, de mayor alcance y de más alternativas acerca de una situación dada; diríamos que la terapia se basa en gran parte en este proceso, ya que, al conjuntar la visión del terapeuta con la del paciente, esto nos proporciona una comprensión más amplia del problema permitiendo plantear diversas opciones de solución (Bateson, 1982).

### \* \* *La teoría del Doble Vínculo*

Después de haber trabajado Bateson con diversos autores y haber generado un bagaje importante de conceptos decide establecerse en San Francisco (California) e iniciar su propio proyecto, para lo cual contacta a Chester Barnard, un personaje influyente de la Fundación Rockefeller, quien muestra interés en sus ideas y consigue los recursos financieros para desarrollar el proyecto (Bateson, 1981). Una vez logrado esto, Bateson empieza a conocer a diversos investigadores -hasta cierto punto de manera circunstancial- y a quienes va integrando gradualmente hasta conformar un equipo consolidado. El grupo inicialmente

estaría formado por: John Weakland, Jay Haley, William Fry y Don Jackson, integrándose posteriormente Jules Riskin, Virginia Satir y Paul Watzlawick (Witzeaele y García, 1994).

Uno de los primeros retos del grupo fue la dificultad que tenían para integrar los conceptos y datos que habían empezado a generar debido a la falta de un lenguaje adecuado y aplicable a las ideas que estaban desarrollando. Un ejemplo, es la dificultad que tuvieron para describir los niveles de comunicación; tenían diferentes términos que eran utilizados como sinónimos: tipos lógicos, niveles de comunicación, niveles de abstracción.

Por otra parte, habían desarrollado nociones muy claras como en el caso del proceso terapéutico, al cual consideraban como «una interacción encuadrada entre dos personas, cuyas reglas son implícitas, pero susceptibles de cambiar. Este cambio sólo puede ser propuesto por una acción experimental; sin embargo, cada acción experimental que contiene implícitamente una proposición de cambio de reglas es también una parte del juego en curso» (Witzeaele y García, 1994; p. 163). Esta combinación da a la terapia su carácter de sistema evolutivo en interacción.



En cuanto a su trabajo con esquizofrénicos, una de sus primeras consideraciones es que estos parecen tener dificultades en jugar con las metáforas, cuyos mensajes metacomunicativos precisan el modo de comunicación. Así pues, la evidente confusión de los tipos lógicos en el discurso de los esquizofrénicos parecía mostrar que se perfilaba un área de investigación interesante.

En 1955 se puede observar en sus trabajos que delinean ya una primera hipótesis sobre el origen de la esquizofrenia y lo relacionan con el contexto familiar. Asimismo, el término paradoja es poco a poco sustituido por el de «doble vínculo», que explicaba mejor los diferentes niveles de aprendizaje implicados. Su propuesta es que cuando una persona comunica a otra unos mensajes de niveles diferentes (los cuales unos califican a otros) y en contradicción, la persona que los recibe se encuentra en una situación tal que le es imposible responder sin violar alguno de ellos, estando por tanto siempre en el error. Una vez establecidas sus observaciones sobre la comunicación y su relación con el doble vínculo escriben su primer artículo de manera conjunta que revolucionó el concepto de la psicopatología, pasando ésta de una visión intrapsíquica a una visión interaccional

(Witzezele y García, 1994). Dicho artículo se publicó en 1956 y se llamó *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, en el cual describen el contexto familiar y las condiciones necesarias para que se presente una situación de doble vínculo:

- ✓ Dos o más personas en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica, donde una de ellas juega el papel de «víctima» y la otra el de «persona coaccionante»
- ✓ Una experiencia repetida, que pasa a ser una expectativa habitual
- ✓ Un mandato primario negativo porque implica castigo; que suele ser la pérdida de afecto
- ✓ Un mensaje secundario en conflicto con el primero, el cual también implica castigo
- ✓ Un tercer mensaje negativo bajo la forma de promesas caprichosas de amor y otras semejantes que impiden a la víctima escapar del campo. Es decir, el receptor del mensaje no tiene escapatoria respecto a la instrucción
- ✓ Una vez instituido el doble vínculo como unidad, estos elementos dejan de ser necesarios. Esto es, una vez aprendida la secuencia, se da la generalización ante cualquier estímulo (Bateson, 1981; Watzlawick, Beaven y Jackson, 1995)

Del mismo modo, planteaban que la exposición de una persona a una situación de doble vínculo tenía el efecto de producirle una incapacidad para discriminar entre los tipos lógicos, y que en el caso de los esquizofrénicos los podía llevar a adoptar una de tres posibles posiciones: *a*) una «posición paranoica», caracterizada por la suposición de que detrás de cada frase existe un significado oculto; *b*) una «posición hebefrénica», donde el individuo puede llegar a aceptar todo lo que se le dice, descartando las señales metacomunicativas riéndose; o *c*) una «posición catatónica», en la que el sujeto puede hacer todo lo posible para evitar respuestas en su ambiente, retirándose del mundo externo, dando una apariencia aislada (Bateson, 1981).

En cuanto a la situación familiar del esquizofrénico, ésta era descrita del modo siguiente:

- Un niño cuya madre se angustia y se aísla si el niño le responde como a una madre amorosa

- Una madre que no acepta sus sentimientos de angustia y de soledad hacia el niño y cuya forma de negarlos consiste en expresar una conducta manifiesta de amor para convencer al niño de que le responda como a una madre amorosa y que se alejará de él si no lo hace. Esto es, la madre manifestará una conducta hostil o de retraimiento cada vez que el niño se aproxime a ella o, mostrará una conducta de amor o acercamiento simulado cuando el niño responde a su conducta hostil y de retraimiento
- La falta de una persona en la familia que pueda intervenir en la relación madre-hijo y apoyar al niño frente a las contradicciones de los mensajes (Ibid)



La trascendencia que el artículo tuvo es que promovió una nueva epistemología respecto a la naturaleza de la psicopatología -y por tanto de llevar a cabo investigación-, al concebir la esquizofrenia ya no como un fenómeno intrapsíquico, sino como un fenómeno comunicativo que tiene como génesis el contexto familiar; así como por abrir la posibilidad de incluir de manera más abierta a los otros miembros de la familia dentro del proceso terapéutico, ya que había sido una inquietud que comenzaba a presentarse (Wittezaele y García, 1994).

No obstante su relevancia, el artículo también presentaba ciertas limitaciones que le provocaron algunas críticas:

- ◇ Uno de los puntos débiles del artículo es la descripción que hace de la situación familiar, ya que, tal como la presentan, está analizada de manera interaccional; sin embargo, contiene muchas descripciones que hacen alusión a estados «internos» de las diferentes personas, sobre todo de la madre y menciona algunas hipótesis de tipo individual sobre la causa de estos estados
- ◇ Otro aspecto que se observa en el artículo es que dejan al margen a los otros integrantes de la familia, como si fueran ajenos a la interacción, además de asignar un papel pasivo al hijo
- ◇ De estudios realizados posteriormente por Haley a la publicación del artículo, se observó que no había criterios cuantitativos que pudieran diferenciar entre las familias con un miembro esquizofrénico de las que no lo tenían

- ◇ Bateson reconocía que si bien el contexto de doble vínculo podía tener consecuencias patológicas para los individuos, también podía tener otros fines. «Para ella, nada puede permitir predecir si un individuo llegará a ser un payaso, un poeta o un esquizofrénico, o bien una combinación de ambos»
- ◇ A pesar de las investigaciones realizadas por Haley y Weakland acerca de la similitud entre la hipnosis y la situación de doble vínculo, y de que podían describir la interacción y el procedimiento hipnótico a partir de la teoría de la comunicación, esto no tenía la misma utilidad respecto al cambio terapéutico (Ibid)

### \* \* La teoría de la Comunicación Humana

Dado el interés de Jackson por la terapia, hacia 1959 funda el Mental Research Institute, un proyecto que tiene como objetivo investigar las comunicaciones y las interacciones de las familias con otros sistemas sociales.

El desarrollo conceptual alcanzado por el grupo a partir de sus investigaciones sobre la esquizofrenia y el doble vínculo, así como de las ideas desarrolladas por Bateson sobre los niveles lógicos, las interacciones simétricas y complementarias y los niveles de aprendizaje, lo lleva a asumir como tesis principal que *los comportamientos son comunicacionales y no consecuencias de lo que sucede «dentro» del individuo.*

Esta idea, ya con la incorporación de Watzlawick y Beaven, se desarrolla y toma forma en la obra titulada «Teoría de la comunicación humana», publicación que se considera la primera teoría terapéutica con un enfoque sistémico (Bertrando y Toffanetti, 2004).



La obra *Teoría de la comunicación humana* plantea como premisa fundamental para el estudio de la comunicación humana la distinción de tres conceptos: sintaxis, semántica y pragmática.

- Sintaxis: se ocupa de la forma en que se transmite y decodifica la información, así como de los canales utilizados en la comunicación: capacidad verbal, ruido y redundancia en los patrones de comunicación y lenguaje
- Semántica: es la atribución de significados a la información. Enfatiza la habilidad para transmitir y recibir un mensaje, debido a que a través de ello se puede observar



la claridad de los mensajes en la familia, la presencia de incoherencia en algunos de los miembros, así como las posibles coaliciones o bloqueos de la comunicación

- Pragmática: son las posibles consecuencias que puede tener la comunicación en el comportamiento del otro. Esto implicaría, que a mejor claridad en la comunicación, mayor coherencia en la interacción y en las respuestas (Watzlawick, Beaven, y Jackson, 1995)



La otra aportación relevante de esta obra es la enunciación de los axiomas de la comunicación, así como sus formas patológicas.

***Axioma. No es posible no comunicarse.***

Si consideramos que toda conducta es comunicación, la conclusión es que es imposible no comunicarse. Así, el silencio y la inactividad tiene un valor y una influencia interaccional.

***Patología.***

La patología de este axioma puede adoptar diversas formas:

**Rechazo a la comunicación.** Donde la persona puede mostrar rechazo a otra como una forma de manifestar su deseo de no establecer una relación.

**Aceptación de la comunicación.** Aún cuando una persona acepte establecer comunicación con otra, lo hace sobre una base de insatisfacción consigo mismo por haber cedido al requerimiento del otro.

**Descalificación de la comunicación.** Ésta puede asumir una variedad de conductas encaminadas a anular, ya sea su propia comunicación o la del otro. Así el sujeto puede mostrar contradicciones, cambios de tema, incongruencias, malos entendidos, frases incompletas, estilo oscuro, interpretaciones literales de metáforas e interpretación metafórica de expresiones literales.

**El síntoma como comunicación.** Aquí el sujeto adoptar un síntoma para evitar comunicarse, como el fingir somnolencia, dolor de cabeza, incompreensión hacia el mensaje, etc.

***Axioma. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tal que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.***

El aspecto de contenido se refiere a los datos que son transmitidos, mientras que el aspecto relacional hace referencia a la parte no verbal del mensaje emitido y que tiene que ver con la interacción.

### *Patología.*

Antes de describir las patologías es necesario señalar que los desacuerdos entre estos dos niveles de comunicación pueden ser:

- Acuerdo en el contenido de la comunicación y en la definición de la relación
- Desacuerdo tanto en el nivel de contenido como de la relación
- Acuerdo en el nivel de contenido, pero desacuerdo en el de la relación
- Desacuerdo en el de contenido y acuerdo en el de la relación
- Otra forma es una confusión entre estos dos niveles
- Una última forma es que la persona se vea obligada a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, con la finalidad de evitar poner en peligro la relación con el otro

**Confirmación.** Esta forma en sí misma no es patológica, sin embargo es importante analizarla pues es la que nos proporciona la noción de estabilidad mental. Así, el sujeto ve confirmada su propia percepción a través de la interacción con el otro.

**Rechazo.** Aquí la definición que puede tener una persona de sí misma se ve rechazada por el otro. Aunque, cabe señalar que no todos los casos sugieren necesariamente una patología, como por ejemplo, cuando se rechaza la imagen devaluada que pueda tener una persona de sí misma.

**Desconfirmación.** Esta es la forma más severa de patología en la interacción, pues el ignorar completamente al otro, es el decir «no existes», es la indiferencia total hacia la persona, lo cual puede llevarla a la alienación.

### *Axioma. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.*

La puntuación es una forma de organizar cadenas de interacciones largas, con lo cual se determina el tipo de relación.

***Axioma.** Una interacción está determinada por dos tipos de comunicación: la digital y la analógica.*

La comunicación digital se refiere a los datos, mientras que la comunicación analógica se refiere a las conductas que acompañan dichos datos.

***Axioma.** Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*

Una interacción simétrica se caracteriza por la igualdad de conducta de los participantes en comunicación; mientras que la interacción complementaria hace referencia a aquella en la que uno de los participantes asume una posición de superioridad con relación al otro, en tanto que este asume una posición de inferioridad (Ibid).

### \* \* La propuesta Posmoderna

Como se mencionó en el primer capítulo, la posmodernidad surge como un movimiento que cuestiona algunos de los principios de la modernidad: el conocimiento «objetivo», la «naturaleza humana», la «verdad», entre otros. (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Anderson, 1999; Maturana, 1996; Hoffman, 1992). Las diversas disciplinas, y en particular la psicología, habían abordado al sujeto humano desde una postura ahistórica, sin contexto y como un objeto inmutable al que se podía observar y cuantificar (Anderson, 1999; Ibáñez, 1994).

La posmodernidad en cambio promueve un retorno al estudio del individuo pero desde una posición diferente: privilegia la contextualización social, y aspectos como los sentidos y categorías diagnósticas se consideran producto de la interacción humana. En el caso de la terapia el centro de atención no es el mundo interior del individuo o el de la familia, sino las relaciones interpersonales. Como diría Anderson:

El énfasis puesto en lo social y lo relacional lleva a repensar radicalmente la noción del individuo o el propio ser (se trate del ser individual o de seres propios múltiples colectivos), la construcción de sí, la identidad, el propio ser en relación, y la conectividad del yo y tú (Anderson, 1999; pp. 60, 61).

El conocimiento mismo se considera una construcción social, y no como algo que podemos adquirir directamente del mundo (Gergen, 1996); éste sólo puede llegar a ser conocido a través de la experiencia, donde conocedor y conocimiento no son entidades separadas sino interdependientes (Maturana, 1998a, 1998b, 1996; Potter, 1996; von Glaserfeld, 1998, 1996) dentro de un marco donde el contexto, la cultura, el lenguaje y la experiencia son las premisas básicas.

Concretando, la posmodernidad da por descontado el dualismo entre un mundo real externo y un mundo mental interno del modernismo, caracterizándose en cambio por la impredecibilidad, la incertidumbre y lo desconocido. Para tener una visión amplia de lo que representa la posmodernidad es necesario revisar tres de las varias corrientes o perspectivas que la han ido conformando: el constructivismo, el construccionismo social y la hermenéutica (Anderson, 1999).



El antecedente más lejano que se tiene del constructivismo se remonta a Vico en el siglo XVIII y posteriormente lo podemos encontrar en los trabajos de Hume y Kant –entre otros. Ésta se ha considerado como una teoría filosófica del conocimiento que surgió como un rechazo a la propuesta cartesiana, según la cual el conocimiento es representativo y reflejo verdadero y real del mundo, afirmando que, conocer una realidad externa objetiva es insostenible (Feixas y Villegas, 2000; Maturana, 1998a, 1998b, 1996; Potter, 1996; von Glaserfeld, 1998, 1996).

Por tanto, la realidad es más bien una función adaptativa del individuo y surge, al igual que el conocimiento, a través de la experiencia y la interpretación (Maturana, 1996).

En el caso de la psicología la referencia más inmediata del constructivismo la tenemos en los trabajos sobre el desarrollo psicológico de Jean Piaget y en la noción de los constructos personales de George Kelly; ulteriormente se desarrolló el constructivismo radical promovido por autores como von Foerster, von Glaserfeld y Maturana (Feixas y Villegas, 2000; Anderson, 1999). Esta posición se ha distinguido por resaltar el hecho de que tanto la realidad como el conocimiento se construyen en el individuo a través de estructuras biológicas. Las premisas más importantes que sustentan este enfoque son:

- El constructivismo promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada. De acuerdo a esta propuesta las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo choca con su entorno
- El constructivismo conceptual propone que algunas de las categorías fundamentales de la realidad no están en la realidad en sí, sino en nuestra mente
- El constructivismo radical cuestiona la capacidad humana de representarse fielmente la realidad. El conocimiento son solo imágenes que construimos, modelos, mapas de un territorio -donde el primero nunca es igual a lo que representa

Las implicaciones que el constructivismo tuvo para la terapia familiar son que promovió la instauración de la segunda cibernética o de los sistemas observantes (Anderson, 1999); y que en su forma más pragmática esto involucra que las observaciones hechas por el terapeuta emergen a partir de su experiencia (*autorreferencia*) y su historia, -o al menos que es imposible separarlas de lo observado en terapia (Elkaïm, 1998a, 1998b; Stengers, 1998; Fruggeri, 1992).



El construccionismo social se puede decir que tiene sus inicios a partir de la obra *La construcción social de la realidad* de Berger y Luckmann (1986), quienes proponen que la realidad es construida a partir de la socialización de los individuos y la internalización de las estructuras y de las instituciones, donde el lenguaje juega un papel central, pues es a partir de éste que la subjetividad de los individuos emerge en forma de símbolos y se hace aprehensible a los demás.

Al igual que el constructivismo, el construccionismo social niega que el conocimiento sea producto de una realidad ontológica, y que en este sentido, la mente refleje la realidad; para ella, el conocimiento es más bien una construcción (Bertrando y Toffaneti, 2004; Anderson, 1999). No obstante, se diferencia de él, en que, afirma que la construcción del conocimiento y de la realidad se hace a través de la interacción social y no sólo a nivel de estructuras biológicas -como proclama el constructivismo. Así pues, dado el acento puesto por el construccionismo social en la interacción social, la conversación como un sistema de

lenguaje y significado, pasa a ser una de las piedras angulares de dicho enfoque (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Las repercusiones que esto tiene son que las terapias posmodernas fundamentan su quehacer terapéutico en la conversación bajo la propuesta de que el cambio en el discurso derivará en un cambio en los esquemas de acción o conducta del sujeto. Así pues, la función del terapeuta desde esta perspectiva es la de ser un facilitador de espacios donde tengan lugar la creación de nuevas historias. «De este modo, el interés pasa del *contexto* de Bateson al *texto* de Derridá, que se convierte en la metáfora fundamental de las nuevas orientaciones» (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 296).



Dada la centralidad de la conversación –y por tanto del lenguaje y el discurso–, la hermenéutica resulta ser esencial pues se ocupa de la comprensión del significado de un texto o un discurso, incluyendo la emoción y comportamiento humano.

Desde una perspectiva hermenéutica, si toda comprensión es interpretativa, entonces es imposible lograr una comprensión verdadera; el significado de una persona no puede ser comprendido plenamente, y mucho menos reproducido, por otra persona. La verdad no puede ser revelada; no hay descripción correcta ni una interpretación correcta de un acontecimiento. Cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes, y es contextual. La interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban (Anderson, 1999; p. 74).

Ante este contexto es conveniente hacer ciertas consideraciones respecto a la comprensión –que resultan elementales para entender la propuesta hermenéutica–: a) no obstante que la comprensión no pueda llegar a ser completa, ésta es importante pues nos permite poder ubicarnos en la perspectiva del otro; b) la comprensión debe ubicarse en el lenguaje, en la historia y en la cultura; y c) en su esfuerzo por comprender, la interpretación que pueda hacer un individuo depende de su experiencia previa (Ibid).

En suma, dado que no existe un significado verdadero, esto da pauta para que la terapia sea un espacio donde la búsqueda de significado sea una constante; esto es, de crear y recrear algo diferente.

## *Modelos de intervención*

### *\*\* Modelo Estructural*

En el momento en que Minuchin daba forma a su modelo hablaba de que se podían distinguir tres corrientes dentro de la terapia familiar: una a la que él identificaba como transicional, que estaba ligada aún a la tradición psicoanalítica y que buscaba la reestructuración psicológica del paciente a través de la exploración del pasado haciendo uso de la interpretación y la transferencia como herramienta de cambio; la segunda, era la corriente existencial que tenía como meta el crecimiento y expansión de la persona poniendo énfasis en la experiencia del presente y donde, tanto el terapeuta como la familia, son los instrumentos de cambio para ambos; la tercer corriente tenía como meta el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los integrantes de una familia, centrándose la terapia en la modificación de los procesos interpersonales en disfunción. Es en esta última donde Minuchin (2001) ubicaba al modelo estructural, del cual expondremos a continuación sus postulados básicos.



### *Diagnóstico*

El diagnóstico es una hipótesis que se construye en interacción con la familia. Las características del diagnóstico en el modelo estructural son:

- ❖ El paciente identificado es considerado como el miembro que expresa de modo visible un problema que afecta al sistema en su totalidad
- ❖ El diagnóstico va encaminado a ampliar la conceptualización del problema
- ❖ La evaluación va enfocada a 6 áreas fundamentales:
  - ① La estructura, las pautas interaccionales y las alternativas posibles
  - ② Flexibilidad del sistema, capacidad de elaboración y reestructuración
  - ③ Sensibilidad del sistema ante cualquier cambio en uno de sus miembros (a este respecto encontramos que la clasificación de las familias sensibles corresponde con las aglutinadas, mientras que las de las familias insensibles corresponde a las desligadas)
  - ④ Análisis del contexto, fuentes de estrés y ecología

- ⑤ Etapa del ciclo familiar y cumplimiento de las tareas
- ⑥ Cómo son utilizados los síntomas del paciente identificado para continuar con el *statu quo*
- ❖ El diagnóstico interaccional se modifica constantemente a medida que la familia asimila al terapeuta
- ❖ El diagnóstico interaccional está relacionado con el pronóstico (Ibid)



### ***Áreas de diagnóstico***

***Jerarquías:*** se refieren a la forma en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia. Para el modelo estructural, el poder deberá centrarse en la díada parental.

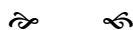
***Límites:*** definen el funcionamiento familiar permitiendo a cada miembro y a la familia en sí delimitar sus funciones y responsabilidades. Los límites pueden ser verticales u horizontales, rígidos o flexibles. Una familia funcional es aquella que no llega a los extremos de amalgamiento o desvinculación.

***Alianzas:*** el terapeuta deberá prestar atención a las alianzas existentes entre dos o más miembros de la familia. Estas alianzas pueden ser transitorias o permanentes, flexibles o rígidas.

***Coaliciones:*** son alianzas que se dan con objeto de perjudicar a un tercero.

***Territorio:*** es el espacio físico y temporal que ocupa cada integrante de la familia. Se pueden presentar dos posiciones patológicas; una, cuando alguien de la familia ocupa un espacio desmedido, y la otra, cuando un miembro de la familia se ubica en la periferia.

***Contexto:*** este se refiere a los factores estresantes externos que rodean a la familia, como la situación económica, social, política, etc. (Ibid).



### ***Contrato terapéutico***

- Se establece un acuerdo sobre la naturaleza del problema y los objetivos
- Puede evolucionar al igual que el diagnóstico siendo más incluyente y directivo, sobre todo cuando la familia quiere que la terapia se enfoque sobre el paciente identificado únicamente



- Debe indicar la logística de la terapia; es decir, si las sesiones se van a llevar en el consultorio, en casa del paciente, escuela, etc. (Ibid)



### ***Unión con los sistemas***

- ◆ Es una forma de reestructurar la familia ante las alianzas que establece el terapeuta
- ◆ Al establecer alianzas en cada subsistema, el terapeuta debe adoptar el estilo, afecto y lenguaje de cada uno de ellos
- ◆ El trabajo con los subsistemas por separado puede ser también un recurso de cambio bastante útil. Por ejemplo, en el caso de familias aglutinadas es una forma de restablecer los límites entre los subsistemas
- ◆ Debe buscarse incluir a todas las personas significativas de la familia
- ◆ Permite también observar cómo reaccionan ante contextos cambiantes
- ◆ Se debe cuidar especialmente la intimidad de los cónyuges
- ◆ Ayuda a limitar a algún miembro inadecuadamente central (Ibid)



### ***Unión y reestructuración***

- ***Grupo transferencial (psicodinámico).*** Este grupo no considera que el terapeuta se una a la familia. La reestructuración es resultado de las interpretaciones. El terapeuta está en una posición exterior
- ***Grupo existencial.*** Aquí tanto el terapeuta como la familia se acomodan mutuamente. Se descalifica a las operaciones y estrategias de reestructuración como manipuladoras e inhibidoras del cambio
- ***Enfoque estructural.*** Se integra los aspectos positivos de ambas posturas (Ibid)



### ***Formación del sistema terapéutico***

***Unión:*** se resaltan las acciones del terapeuta tendientes a relacionarse con los miembros de la familia.

***Acomodamiento:*** son las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. Para aliarse a un subsistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y

fundirse con ellos. La acomodación es mutua: tanto el terapeuta se acomoda a la familia, como ella a él (Ibid).



### ***Técnicas de acomodamiento***

***Mantenimiento:*** consiste en proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar, para lo cual deben considerarse los siguientes puntos:

- ▲ La estructura familiar
- ▲ Las características individuales de cada miembro
- ▲ Las pautas interaccionales de algún subsistema en específico
- ▲ Para esto se requiere a menudo la confirmación activa y el apoyo de los subsistemas familiares
- ▲ En el fondo este mantenimiento puede desempeñar también una función de reestructuración

***Rastreo:*** aquí el terapeuta sigue el contenido de la comunicación y de la conducta de la familia a través del planteamiento de preguntas que clarifiquen el contenido. Es importante señalar que ***no*** se cuestiona la información.

- ◆ El rastreo del contenido es útil para explorar la estructura familiar
- ◆ Puede fortalecer a los miembros de la familia al estimular la información validando y aceptando su comunicación
- ◆ También puede ser utilizada como una estrategia de reestructuración

***Mimetismo:*** es una forma de adecuarse por medio de la imitación a las formas de la familia.

- Se puede hacer de manera verbal al compartir experiencias personales afines a la familia
- Y de manera no verbal adoptando conductas, posturas, gestos y pautas particulares de la familia (Ibid)



***Estrategia de intervención:  
Cuestionamiento del síntoma (Reencuadre)***

**Técnicas**

***Escenificación:*** es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia actúe su forma de convivir. El objetivo es poner en escena las interacciones disfuncionales y observar el lenguaje verbal y no verbal.

***Enfoque:*** es el enfocarse sobre algún aspecto de la familia como los límites, el problema, etc., para luego integrar los datos y trabajar con ellos.

***Intensidad:*** es aumentar la magnitud o intensidad del mensaje dado por el terapeuta a través de su repetición, de la repetición de sus interacciones, la modificación del tiempo (aumentando o disminuyendo el tiempo de interacción), cambiando la distancia (acercando o alejando a los miembros de la familia) (Minuchin y Fishman, 1984).



***Estrategia de intervención:  
Cuestionamiento de la estructura familiar (Reestructuración)***

**Técnicas**

***Fronteras (Distancia psicológica):*** es la distancia que se da a cada uno de los miembros a través de comentarios que señalan la intromisión de unos con otros.

***Duración de la interacción:*** es aumentar o disminuir el tiempo de interacción.

***Desequilibramiento:*** la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema aliándose con algunos miembros de la familia, ignorando a algunos de ellos o llevando a cabo una coalición con alguno de ellos.

***Complementariedad:*** es recalcar la complementariedad de las acciones de cada miembro de la familia en función de otro, para lo cual se necesita cuestionar el problema, cuestionar el control lineal y cuestionar la puntuación de la conducta de cada integrante (Ibid).



***Estrategia de intervención:  
Cuestionamiento de la realidad familiar (Realidades)***

**Técnicas**

***Constructos cognitivos:*** es el cuestionamiento de la realidad familiar a través de símbolos universales (hacer referencia a hechos, experiencias y tradiciones), verdades familiares (utilizar y cambiar sus propios argumentos) y consejos profesionales (hacer uso del conocimiento y experiencia).

***Intervenciones paradójicas:*** son intervenciones que buscan cuestionar la realidad de los miembros de la familia a través de plantearles situaciones que desafíen su posición.

***Lados fuertes de la familia:*** es enfocarse hacia las características positivas que tiene la familia y que pueden ayudar a resolver su problema (Ibid).

**\* \*\* Modelo Estratégico**

El modelo estratégico surge a partir de la influencia de Milton Erickson y uno de sus primeros objetivos es que el terapeuta instaure una estrategia, con objetivos claros y específicos, que le permita resolver el problema planteado por la familia. El método del modelo consiste en aplicar diversas técnicas para cada uno de los problemas, por lo que, algunas de las tareas del terapeuta consistirán en identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para verificar su eficacia. Esto permite al terapeuta trabajar con cualquier tipo de familia y con cualquier tipo de problemas; si una estrategia no funciona, existe la posibilidad de diseñar y aplicar otra. En este sentido, la terapia estratégica en sí no es un enfoque o teoría específica, sino varios tipos de terapia que se caracterizan porque el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1991; Madanes, 1982).

Para Erickson cada familia muestra una idiosincrasia, la cual debe ser analizada sin etiquetar sus conductas como patológicas, sino como diversas maneras de vivir. En cuanto al individuo, acepta a este con sus diferencias, las cuales ve como algo que le fue dado para hacer su existencia más atractiva y en esa medida permitirle un cambio.

El propósito del modelo no es modificar la psicodinamia ni la estructura familiar, sino ayudarla a superar la crisis que se le presenta, por lo que, una de las piedras angulares es la identificación del problema presente y la definición del mismo para llevar a cabo un diagnóstico y aplicar las técnicas pertinentes para solucionar exclusivamente el problema planteado. La intervención terapéutica por lo general toma la dirección hacia lo que la familia debe llevar a cabo, durante y fuera de las sesiones (Haley, 1991; Madanes, 1982).

Por otra parte, una de las herramientas que caracterizan al modelo estratégico es la hipnosis. Para Erickson ésta es un concepto que se aplica a un tipo particular de intercambio o comunicación entre dos personas y no a un rito como la mayoría de la gente, e incluso algunos profesionales, la entienden. El procedimiento de Erickson consiste en *dirigir* a una persona para que cambie *espontáneamente* su conducta, lo cual plantea una paradoja al paciente. Para que el sujeto pueda adaptarse a las instrucciones opuestas tiene que pasar por un cambio y comportarse de una manera a la cual llama conducta de trance. Así, el hipnólogo indica al sujeto que lleve a cabo algo voluntariamente, para después señalarle que responda con una conducta involuntaria. Algunas de las semejanzas entre la hipnosis y la terapia consisten en que: se basan en relaciones voluntarias y que los procedimientos no se imponen a una persona no dispuesta sino a alguien que prefiere esta clase de intervención. Un aspecto más de la relación entre la hipnosis y la terapia es la necesidad de motivar a la persona para que coopere en el seguimiento de las instrucciones y se comprometa a enfrentar la resistencia cuando esta se presente. Existen dos tipos de resistencia que se presenta en la hipnosis: el no ser lo suficientemente cooperativo y el cooperar en exceso. Al igual que la terapia, el arte de la hipnosis consiste en encarar este tipo de resistencia y provocar un cambio en el sujeto (Haley, 1991).

Por último, es importante señalar que el ciclo vital es un elemento importante que considera el modelo estratégico en el desarrollo de los problemas. Erickson consideraba que muchos de estos problemas tenían su origen en la dificultad de algunas familias para pasar de una etapa a otra y el tratamiento debía adecuarse a esta situación facilitando su transición (Haley, 1991; Madanes, 1982).



## ***La primera entrevista***

Para el modelo estratégico la entrevista inicial determina en gran parte el éxito del tratamiento, ya que es en ésta en la que debe de hacerse el planteamiento del problema y con base en esto establecer la dirección de dicho tratamiento. Se recomienda conocer a todos los miembros de la familia para poder tener una mejor visualización del problema y el contexto en el que se genera. Si solo se entrevista a uno de los integrantes, el terapeuta debe de considerar el impacto de sus intervenciones en los demás (Haley, 1980).

***La etapa social.*** Es aquí donde se establece el rapport con la familia, el cual nos es útil no sólo para «romper el hielo», sino también para identificar algunos aspectos importantes de la familia, como por ejemplo, su estado de ánimo, las interacciones entre los integrantes, su disposición a participar en el proceso terapéutico, etc. Algo que se aconseja en esta entrevista es no hacer observaciones a la familia en esta etapa, ya que el terapeuta puede llegar a equivocarse o decirle algo a la familia que ya sabe.

***La etapa de planteo del problema.*** Lo más frecuente es que el terapeuta pregunte el motivo por el cual acuden a terapia o qué problema los aqueja, pasando así de la situación social a la situación de terapia. Para esto es indispensable que el terapeuta respete la jerarquía interna de la familia para motivar su colaboración y considerar a los miembros de mayor jerarquía a quien se les plantee la pregunta. El riesgo de no aclarar el problema por el cual acude la familia a terapia es que ésta se sienta desconcertada por no poder discriminar si está ante una situación social o de terapia.

La actitud recomendada al terapeuta al momento de que la familia expresa su problema es la de aceptación; es decir, evitar cuestionar el punto de vista de la familia y observar atentamente a cada uno de los integrantes, lo que le ayudará a determinar si concuerdan o difieren con lo que dicen. Asimismo deberá dejar que todos y cada uno de ellos exprese su opinión respecto al problema.

***Definición de los cambios deseados.*** El propósito de esta etapa es que el terapeuta se enfoque a fijar las metas de la terapia. Mientras más claro esté el contrato, mejor organizada será la terapia y aumentará la probabilidad de éxito. Para que estos cambios se puedan llevar a cabo

es necesario que el problema sea definido de manera operacional, es decir, debe ser observable y medible.

Una de las características del modelo estratégico a diferencia del estructural es que para el primero lo mejor es mantener centrada la atención en el paciente, utilizándolo como palanca para cambiar la situación. Una de las razones es que, dado que el paciente representa un gran problema para la familia es de esperarse que ella haga todo lo posible para solucionarlo. No obstante, el terapeuta deberá resaltar tanto las virtudes como los defectos del paciente identificado, pero no como una forma de demostrarle a la familia que está equivocada.

*Conclusión de la entrevista.* Esta entrevista deberá finalizar vislumbrando la posibilidad de que se integre algún otro familiar en sesiones posteriores que no lo haya hecho en esta primera sesión, si es necesario (Ibid).



### ***Conceptualización de los problemas***

*Comportamiento voluntario vs. Comportamiento involuntario.* Es muy común que las familias presenten sus problemas como involuntarios, sin embargo, el terapeuta necesita hacerle ver que su síntoma es controlable.

*Poder vs. Debilidad.* También es frecuente que las familias se presenten a sí mismas como débiles. Aquí el terapeuta hace notar que en realidad la familia posee cierto poder (sobre todo el paciente sintomático) que la mantiene en una posición de no cambio.

*Metáfora vs. Secuencia literal.* Para Erickson los problemas pueden plantearse como una metáfora a la familia en un lenguaje coloquial y común a ella, lo que hace más probable su comprensión, y no a través del establecimiento lineal de su problemática.

*Jerarquía vs. Igualdad.* Para los terapeutas estratégicos la jerarquía de una familia sólo se debe tratar si esta adopta una forma punitiva o si existe una igualdad relajante entre los subsistemas parental y fraternal.

*Hostilidad vs. Amor.* Muchas de las interacciones y peticiones que se dan entre los integrantes de una familia se plantean en términos de que su aceptación simboliza amor y su rechazo hostilidad, por lo que el terapeuta necesita hacerles ver que no necesariamente es así. Es

decir, que el rechazo de algunas de estas peticiones no implica hostilidad, sino que puede ser una manifestación de amor, y viceversa.

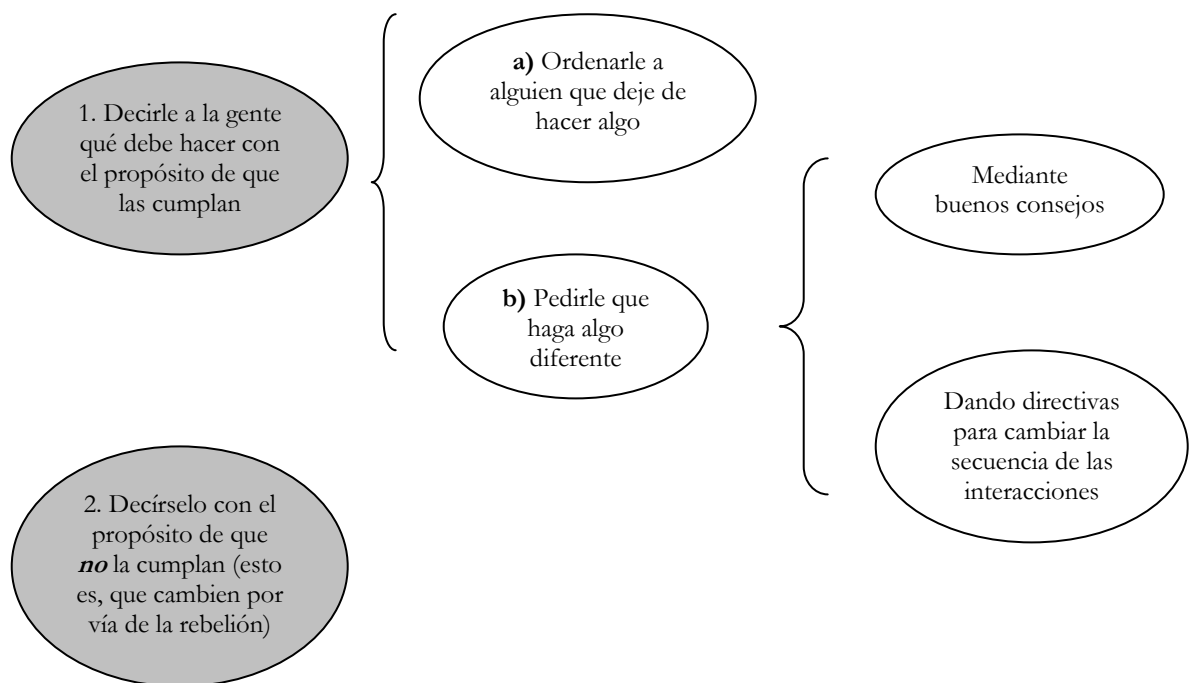
*Intereses personales vs. Altruismo.* Según Erickson los síntomas que presenta uno de los integrantes de una familia pueden deberse a una necesidad de ayudar a los otros o por algunas ganancias secundarias obtenidas de esta posición (Haley, 1980).



### **Directivas**

De acuerdo a Haley todo cuanto se haga en la terapia puede ser visto como una directiva. Un punto central y complejo de las directivas es la responsabilidad que asume el terapeuta sobre ellas. El terapeuta puede considerarse el autor de una directiva y asumir la responsabilidad del curso de acción, sin embargo, un análisis más detenido dejará ver que es el paciente quien induce al terapeuta a impartirla. En este sentido, la responsabilidad que asume el terapeuta le es conferida por el paciente (Haley, 1980; Papp, 1988; Madanes, 1982).

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





## ***Técnicas de intervención***

***Aliento a la resistencia o prescripción del síntoma.*** Consiste en alentar en el paciente su resistencia, colocándolo en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. En el trabajo con parejas o familias una estrategia es pedirles que hagan algo intencionalmente para después solicitarles un cambio espontáneo, o bien este cambio sucede como consecuencia de haber alentado la conducta habitual.

***Ofrecimiento de una alternativa peor.*** Una dificultad frecuente en la terapia y en la hipnosis es lograr que el paciente siga las instrucciones y al mismo tiempo logre una autonomía para tomar sus propias decisiones. Erickson enfrenta este problema dirigiendo al paciente en un sentido, pero de tal forma que en realidad le incita a ir en otro. Cuando una persona se muestra altamente resistente, lo que se hace es ofrecerle algo que no le gusta para que elija alguna otra cosa.

***Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas.*** Si el paciente no sigue las instrucciones o le cuesta trabajo entender cierta situación referente a su problema, es posible afrontar el problema comunicándose con él a través de una metáfora o analogía. Esto es, si el paciente se niega a seguir la opción A, el terapeuta le habla de B, de tal forma que estén relacionadas metafóricamente y el sujeto pueda establecer la conexión y responda de manera adecuada. Un aspecto que se recomienda es no interpretarles el significado de las metáforas, en otras palabras, no traducir la comunicación inconsciente a términos conscientes.

***Aliento de una recaída.*** Esto se prescribe cuando el paciente está mejorando con demasiada rapidez, ya que puede corresponder a un paciente demasiado cooperativo con una gran resistencia.

***Frustración de una respuesta para alentarla.*** Esto consiste en indicarle al sujeto una forma de comportarse, y cuando el paciente comience a cumplir con la indicación, se suspende la respuesta y se pasa a otra área. Al momento de retomar la instrucción original el paciente responderá mejor debido a la frustración vivida cuando tenía la disposición a responder.

***El empleo del espacio y la posición.*** La premisa básica de esta técnica es que el espacio y el tiempo son experiencias subjetivas. Lo que se hace es definir a la persona en términos de su posición y luego alterar su posición para que con ella cambie el paciente.

***Énfasis en lo positivo.*** Es la tendencia a destacar lo que hay de positivo en la conducta de una persona. El supuesto básico es que toda persona posee un deseo natural de crecimiento y que tendrá mayor disposición a cooperar si se resalta lo positivo. No es que minimicen las dificultades, sino que se busca en ellas algo que ayude al paciente o la familia.

***Siembra de ideas.*** Al comienzo de la terapia Erickson sugiere resaltar algunas ideas que posteriormente serán de gran utilidad al retomarlas.

***Ampliación de una desviación.*** Lo que se busca es un pequeño cambio para luego ampliarlo. Si el cambio se produce en un área importante, lo que parece poco significativo tal vez modifique todo el sistema. Dentro de esta técnica se consideran dos enfoques: uno es inducir una crisis en la familia que rompa el equilibrio del sistema, de forma que éste deba reformarse a través de pautas diferentes; el otro es elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación, que posteriormente sea alentada y ampliada hasta que el sistema se des controle y reorganice de acuerdo a nuevas pautas.

***Control de la información.*** Para Haley este proceso es formalmente similar al control de la información dentro de la familia: se permite que los miembros de la familia intercambien cierta información pero no otra, controlando el proceso hasta que se alcanza el objetivo establecido por el terapeuta.

***Desenganche.*** En la situación de hipnosis el sujeto se desplaza de la conducta de trance a un intercambio más social. Cuando un paciente se muestra resistente a despertar, tiende a continuar con la conducta tipo trance, lo cual determina que el terapeuta exagere la conducta no hipnótica, de tipo social, exigiendo así una respuesta más social al paciente.

***Intervenciones paradójicas.*** Esta técnica tiene por objetivo plantear situaciones que parecen ir en contra del sentido común y de los objetivos de la terapia. Esta técnica se explicó ya a través del aliento a la resistencia o prescripción del síntoma y el aliento de una recaída (Haley, 1991).

### **\*\* Modelo de Terapia Breve**

El Centro de Terapia Breve fue establecido en enero de 1967 como un proyecto del MRI. Desde su inicio se caracterizó por ser un programa de intervención bajo un esquema de

diez sesiones dispuestas semanalmente y como objetivo interferir en las pautas interaccionales de la familia (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

Una de sus premisas básicas es la relacionada a su concepción del problema: para el modelo de terapia breve los síntomas se originan en los cambios que surgen en la vida cotidiana de las personas a las cuales llaman «dificultades», de ahí la importancia otorgada a la transición entre cada etapa del ciclo vital. Es decir, la dificultad se vuelve problema cuando la solución intentada es equivocada y entonces la «solución» también llega a formar parte del problema (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1999).

Otra de las premisas del modelo es la que tiene que ver con la naturaleza del cambio: se considera que existen dos tipos de cambio, el cambio <sup>1</sup> y el cambio <sup>2</sup>. El primero es el que se da cuando se ponen en práctica las soluciones intentadas y que no dan resultado; el segundo es el que plantea otro tipo de solución y por lo tanto dan resultado. En otras palabras, se supone que cuando se alteran las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, dándose así el cambio terapéutico (Ibid).



### ***Principios básicos***

- 1) Se da una orientación al síntoma en un amplio sentido
- 2) Los problemas que la gente plantea al terapeuta (excepto síndromes orgánicos psiquiátricos) son vistos como dificultades situacionales entre la gente
- 3) Los problemas son primariamente un resultado de las dificultades de cada día, usualmente involucra la adaptación a un cambio de vida
- 4) Se considera como normal la transición en la vida familiar como las más comunes e importantes dificultades de cada día que pueden generar problemas
- 5) Se consideran dos caminos principales por los cuales los problemas se desarrollan: el sobreénfasis ó subestimación de las dificultades de la vida

Con respecto a este punto se tienen dos consideraciones:

- a) El sobreénfasis ó subestimación no es enteramente un asunto de características familiares ó personales; depende también de actitudes y concepciones de una cultura más general

- b) La evaluación inapropiada y la conducción de situaciones difíciles es a menudo multiplicada por la interacción entre varias partes involucradas
- 6) Una vez que la dificultad ha sido vista como un problema, el incremento de este problema resulta de la creación de un ciclo de retroalimentación positiva
  - 7) Los problemas ó síntomas permanentes no son vistos como crónicos, sino como la persistencia de una repetitividad que condujo a dificultades
  - 8) La resolución de los problemas requiere primariamente una sustitución de patrones de conducta, así como la interrupción de ciclos de retroalimentación positiva
  - 9) Los medios para promover cambios benéficos parecerán ilógicos ó absurdos
  - 10) Se requiere “pensar en pequeño” para enfocarse sobre los síntomas presentados y trabajar en un camino limitado hacia el alivio
  - 11) La aproximación es fundamentalmente pragmática (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974)



### ***La entrevista inicial***

La entrevista inicial tiene una gran relevancia dentro del modelo de terapia breve pues va enfocada a recabar la información pertinente para dirigir el proceso. A continuación se enumeran los puntos a considerar en esta primera entrevista:

- Definir el problema. Cuando el paciente refiere varios problemas, se le pide evalúe cuál es el más importante
- Quién participa en el problema y cómo. Esto es, debe tenerse claridad respecto a la pauta de interacción de los integrantes de la familia alrededor del problema
- Por qué es «problema» el problema. Esto tiene la finalidad de aclarar si es «real» el problema o es una vicisitud más en la familia
- Identificar las soluciones intentadas, pues de esto dependerá dar nuevas soluciones
- Cuál es la señal mínima de que ocurre un cambio (Fisch, Weakland y Segal, 1984).



### ***Fijación de los objetivos del tratamiento***

- Los objetivos planteados deben ser de importancia para el paciente
- La fijación de un objetivo actúa como una indicación positiva de que el cambio es factible en el tiempo asignado y como criterio de logro tanto para el paciente como para el terapeuta
- Los objetivos deben ser planteados en forma clara y en términos observables de conductas concretas para minimizar cualquier posibilidad de incertidumbre o negación posterior
- Cuando nos encontramos con pacientes que hablan en términos vagos, un buen recurso es plantear objetivos aún más vagos que lo que él expone
- Deben de ser realistas y alcanzables dentro del contexto del paciente
- El propósito es establecer un objetivo definido para la segunda sesión, pero obtener la información necesaria a veces requiere un poco más de tiempo. En ocasiones también se puede agregar un objetivo más durante el tratamiento (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974; Berg y Miller, 1996)

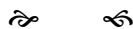


### ***Intervenciones Principales:***

- ✓ El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo
- ✓ El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo
- ✓ El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición
- ✓ El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación
- ✓ La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

### ***Generales:***

- ✓ No apresurarse
- ✓ Los peligros de una mejoría
- ✓ Un cambio de dirección
- ✓ Cómo empeorar el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1984)



## ***Terminación del proceso***

Dado que la terapia breve tiene como propósito el eliminar o disminuir la dolencia planteada por el paciente, el proceso terapéutico se da por terminado. Para esto, el terapeuta debe tener siempre presente el motivo de la consulta y el objetivo (Ibid).

### **\*\* *Modelo de Milán***

Como casi todos los primeros terapeutas familiares, los del grupo de Milán tendrían también como formación una base psicoanalítica. Sin embargo, en el caso de Selvini Palazzoli, lo prolongado de la técnica psicoanalítica aunada a sus pobres resultados, la llevaron a abandonar la terapia individual y fundar el Centro para el Estudio de la Familia, sin tener en ese momento un enfoque definido de cómo llevar a cabo la terapia familiar. El grupo de Milán, tal y como se conocería tiempo después, estaría formado inicialmente, además de Selvini Palazzoli, por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Después de abandonar su orientación psicoanalítica, el grupo se inspiró en el modelo desarrollado por el MRI, gracias a que Selvini Palazzoli viajó a Filadelfia y visitó el Eastern Psychiatric Institute de Filadelfia donde conoció a Watzlawick, quien tiempo después apoyaría al grupo a implementar el modelo del MRI en Milán (Mackinnon, 1983; Tomm, 1984a; Selvini, 1990; Ochoa, 1995; Bertrando y Toffanetti, 2004).

De sus primeras lecturas sobre autores como Ackerman, Haley, Bowen, Minuchin y Jackson, entre otros, se desprende en el grupo la inquietud de combatir la idea lineal de que los “enfermos mentales” son víctimas de sus padres (específicamente de la madre), volviéndose el concepto de “familia enferma” inaceptable. Selvini Palazzoli no creyó que existieran estructuras familiares buenas o malas, sino únicamente juegos que respetan la estructura manifiesta y juegos que la confunden (Selvini, 1990).

Para 1974 se dan a conocer internacionalmente con la publicación del artículo *The treatment of children through brief therapy of their parents* en el *Family process*, lo que les proporciona el reconocimiento de los principales investigadores sobre terapia familiar. Es importante señalar, que ya en este artículo destacaban la relevancia de la connotación positiva y de los rituales, que posteriormente serían pilares en su enfoque terapéutico (Selvini, 1990; Bertrando y Toffanetti, 2004). En cuanto al ritual, éste surge de la convicción

de que es necesario inducir a la familia *a hacer antes que a comprender*; mientras que la connotación positiva, se podría decir que, era una forma de evitar culpabilizar a la familia aprobando las conductas de todos los integrantes de la familia además de permitir la aceptación del terapeuta por parte del sistema familiar.

En el mismo año publicaron *Self-Starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nerviosa*, un libro que compendia el trabajo del equipo con las familias de pacientes anoréxicas, sus reflexiones psicoanalíticas, su ruptura con la terapia individual y la adopción de la terapia familiar. Lo más significativo de esta obra, desde el punto de vista metodológico fue: la influencia que ejerció Haley a través de su ensayo *The family of the schizophrenic: a model system* en el estudio de las familias con pacientes anoréxicas, el seguimiento del protocolo terapéutico propuesto por el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, el uso de la pareja de coterapeutas de distinto sexo, la implementación de un método terapéutico basado en el uso de la connotación positiva y la prescripción, el evidenciar las relaciones entre los miembros de la familia de manera no verbal y el uso del ritual (Selvini, 1990).

Al año siguiente publicaron *Paradoja y contraparadoja*. El objetivo de la obra fue investigar las raíces relacionales de los trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia; de este modo, describían una serie de pautas rígidas y repetitivas de interacción familiar, a las que llamaron «juegos», que no eran más que coaliciones secretas entre los mismos miembros de la familia y con los de la familia de origen (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). No obstante, lo más relevante de la obra fue lo relativo a las innovaciones técnicas que implementó el grupo: establecieron la subdivisión y los intervalos (dando un mes entre cada una) de las sesiones, la connotación positiva y los rituales terapéuticos (Selvini, 1990; Bertrando y Toffaneti, 2004).

Durante 1977 el grupo publicó *Una prescripción ritualizada en la terapia de la familia: días pares y días impares*, donde consideraban a la familia como un mecanismo cibernético –y por lo tanto autocorrectivo–, a la cual se aplicaban las premisas mencionadas anteriormente. No obstante, el artículo presentó una innovación: la invención de una prescripción ritualizada aplicable a casi cualquier sistema familiar y que tenía los siguientes objetivos: 1) cambiar las reglas del juego existente, 2) aprovechar con fines terapéuticos cualquier

posibilidad de rivalidad de los padres con los terapeutas y, 3) aprovechar la retroalimentación, ya sea que cumpliera o no la familia con la prescripción –ya que aún cuando no lo hiciera, de cualquier forma proporcionaba información (Selvini, 1990). Cabe destacar, que en el caso de Selvini Palazzoli y Prata, la idea de la prescripción ritualizada tuvo una gran influencia en ellas, pues a la separación del grupo, marcó una de sus directrices en su quehacer terapéutico posterior.

La publicación del artículo *Por qué dejar que transcurra un largo intervalo entre las sesiones* contempla una serie de reflexiones o justificaciones acerca de su innovación de espaciar las sesiones a un mes. Tuvo como origen la observación de que las familias que se les veía con menor frecuencia mostraban, de una sesión a otra, cambios mucho más acentuados que las que asistían semanalmente. Otros fenómenos observados, eran: a) la pérdida de eficacia de las intervenciones cuando estas eran discutidas después de haber sido dadas, b) pero cuando se lograba hacer el corte de la sesión, la familia llamaba antes para pedir una sesión previa a la sesión programada, c) cuando se lograba terminar la sesión sin hacer ningún comentario ni prescripción, esta situación motivaba a la familia a llevar a cabo cambios observables en la siguiente sesión. La conclusión era que la familia establecía su juego e intentaba involucrar al terapeuta sometiéndolo a sus reglas, contribuyendo así a la homeostasis del sistema. Por lo tanto, las intervenciones tendrían que ir encaminadas a buscar la interrupción o inactividad del sistema familiar, mantener una posición “meta” y una directividad del proceso por parte del terapeuta. Esta postura tenía como fundamento las hipótesis de Ashby acerca de la adaptación del cerebro al cambio. Para Selvini Palazzoli, las hipótesis planteadas acerca del juego familiar debía contemplar también al terapeuta, ya que después de todo se consideraba el sistema familia-terapeuta como una unidad suprasistémica (Selvini, 1990). Dicho sea de paso, esta consideración permite ubicar al modelo de Milán dentro de la cibernética de segundo orden.

En 1980 se publicó *Hipotesización, circularidad, neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión*, que sería el último escrito elaborado por el equipo formado por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, (artículo que a la postre muchos considerarían el más importante, pues proporcionó las bases para las terapias narrativas y conversacionales) antes de su separación en el año de 1982. Este artículo cerraría la etapa “interventiva”, para



pasar a enfocarse en lo que ocurre durante la sesión, a las técnicas de la entrevista y a las estrategias y tácticas de coordinación. La elaboración de hipótesis provino básicamente de la convicción de Selvini Palazzoli de que la terapia era una forma de hacer investigación; por lo tanto, para que ésta se pudiera llevar a cabo se necesitaba un punto de partida, es decir, una hipótesis que dirigiera su trabajo -pues sin ella las sesiones serían confusas y desordenadas, además de tener un valor funcional, ya que lejos de buscar si era verdadera o falsa, lo que se buscaba era su utilidad. La circularidad es un concepto que surgió de la necesidad de dirigir la investigación con base en las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones que ella misma daba (este concepto tiene como base la noción de Bateson sobre que «lo que percibimos es la diferencia y el cambio, y la diferencia es una relación»; así pues, el fundamento de la circularidad es que la información es una diferencia, y ésta es una relación o un cambio en la relación). La neutralidad sería la aplicación del enfoque sistémico y tendría como objetivos mantener la posición “meta” del terapeuta y obtener información que permitiera elaborar eventuales intervenciones, comentarios, prescripciones simples, prescripciones ritualizadas o rituales familiares (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980; Tomm, 1984b).

En cuanto al concepto de circularidad, es importante señalar, que éste dio origen a la elaboración de diferentes tipos de preguntas que tenían el propósito de recabar información de distintas áreas de la interacción familiar:

- ❖ En términos de conducta interactiva específica en circunstancias específicas (y no en términos de sentimientos o interpretaciones). Es decir, qué hace cada uno, ante quién o ante qué
- ❖ En términos de diferencias de conducta y no en términos de adjetivos supuestamente intrínsecos de la persona. Se pide a cada uno de los integrantes describan las conductas que muestran los demás, no lo que considerarían como características «inherentes» del otro
- ❖ En términos de catalogar una conducta específica o una interacción específica, por parte de varios de los integrantes de la familia. Esto es, categorizar a los integrantes de la familia respecto a un evento

- ❖ En términos de cambio en la relación (o mejor, una conducta indicadora de cambio en la relación) antes y después de un evento específico
- ❖ En términos de diferencias respecto a las circunstancias hipotéticas; como para aclarar los elementos de la hipótesis
- ❖ La ampliación gradual del campo de observación; es decir, obtener información por subgrupos (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).



### ***Particularidades del modelo de Milán***

- ◆ Se orienta al proceso (aunque no deja de prestar atención a las redundancias y patrones). Para ellos el sistema existe gracias a su complejidad cambiante. Las hipótesis se plantean pensando en la función que tiene la conducta dentro del sistema
- ◆ Al igual que el modelo del MRI, considera que ningún miembro del sistema familiar ejerce un poder unidireccional sobre el sistema o de sus integrantes. Ve las relaciones como reflexivas
- ◆ Este modelo se basa en la premisa de Bateson de que la información es cualquier diferencia que hace una diferencia. El estilo de entrevista está basado en esta premisa
- ◆ Explora las diferencias de conducta a través del tiempo. Un elemento importante de la epistemología del sistema es cómo la familia se ve a sí misma en el aquí y ahora y cómo ve su propia historia
- ◆ La disfunción ocurre en puntos de transformación natural cuando el sistema es incapaz de funcionar de nueva forma. Las familias patógenas exhiben una rigidez extrema en las reglas que gobiernan al sistema
- ◆ El cambio se da a través de la introducción de nueva información en el sistema. Los integrantes hacen conexiones de conductas, eventos y relaciones, proporcionando una visión menos lineal del sistema
- ◆ Es un modelo estético en el que su entendimiento de la familia está basado sobre el descubrimiento de los patrones que la conectan. Se diría que su metapropósito es la transformación de los patrones de relación en el sistema

- ◆ Asume una posición de neutralidad y complementariedad. La neutralidad es la aproximación preferida para romper coaliciones y disfunciones en el sistema familiar. Es una forma de mantener una posición meta con respecto a la familia. La neutralidad no implica dejar el control a la familia
- ◆ Este modelo asume que puede lograr cambios a través del proceso de entrevista revelando información nueva
- ◆ En el caso de Milán, la connotación positiva antecede a la prescripción del síntoma y son usadas como una forma de aliarse con el sistema y evitar resistencias. Algunas prescripciones contemplan el sistema terapeuta-familia y tienen una finalidad estratégica, por ejemplo, declararse impotente ante el sistema. Otro elemento terapéutico es el manejo del tiempo entre sesión y sesión, ya que consideran que debe darse tiempo suficiente para que la familia tenga oportunidad de realizar los cambios (Mackinnon, 1983)



#### ***Estructura de la sesión terapéutica***

- Sesión previa: el equipo discute la información precedente con el propósito de disponer la sesión
- Sesión: consiste básicamente en hacer preguntas y puede ser interrumpida por los miembros del equipo de observación
- Discusión de la sesión: los terapeutas se reúnen con el equipo de observación, separado de la familia, para discutir la forma de concluir la sesión
- Término de la sesión: los terapeutas se reúnen nuevamente con la familia y presentan, en nombre del equipo, los comentarios, prescripciones o rituales
- Discusión de las reacciones de la familia al comentario o las prescripciones; ésta se da después de que la familia se ha retirado (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Tomm, 1984b)



### ***Desarrollo ulterior de los integrantes del grupo de Milán***

A la separación del grupo, Selvini Palazzoli seguiría trabajando un tiempo más con Giuliana Prata, y poco después integraría un nuevo equipo junto con Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino; mientras que, Boscolo y Cecchin se dedicarían a trabajar en el análisis del proceso en la formación de terapeutas (o sistemas observantes).



#### ***Mara Selvini Palazzoli***

Para Selvini Palazzoli la separación del equipo original representó también un momento de reflexión y de evaluación del trabajo sobre chicas anoréxicas que había llevado a cabo con sus compañeros desde sus inicios. Esta reflexión dio como resultado el abandono del «método paradójal» pues consideró que los resultados obtenidos con él no eran del todo convincentes (Selvini Palazzoli, 1998a; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990) debido a razones diversas:

- × La falta de un espacio individual. Este método no contemplaba un espacio para la paciente (el motivo era puramente teórico, pues desde el enfoque sistémico esto no era permitido), aún cuando en la práctica habían detectado su necesidad, pues muchas de las pacientes habían iniciado un tratamiento individual por decisión propia después de haber pasado por la terapia familiar. La cuestión era que una vez alcanzada la confianza de la paciente el hecho de no proporcionarle un espacio individual, ella vivía la terapia como un “nuevo avasallamiento y no con alivio desculpabilizador”
- × La brevedad de los tratamientos. Aún cuando el mensaje implícito de la brevedad del tratamiento era el de dar la confianza a la paciente y su familia de tener los recursos suficientes, lo cierto era que dejaba poco espacio para la elaboración y la relación de la paciente con el terapeuta
- × La falta de empatía hacia los padres, sobretodo hacia la madre
- × La limitación que imponía la teoría sistémica al reducir sus observaciones al aspecto relacional únicamente, sin considerar a la paciente en su individualidad
- × El riesgo que implicaba el uso de la neutralidad era que los integrantes más débiles percibieran una alianza del terapeuta con los más fuertes

- × La percepción de que el hacer cambiar al paciente sin que comprendiera, era una forma “de empobrecimiento inútil y deshumanizador de la terapia” -lo que la llevó a reconsiderar el papel del *insight* en la terapia- (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999)



Evidentemente, estos inconvenientes dieron pie a la experimentación desde otro método, al que dieron por llamar «el método de la prescripción invariable»; una prescripción que siempre era la misma pero a la que las familias respondían de maneras diferentes. La prescripción -que en realidad era una serie de ellas-, consistía en primer lugar en ordenar a los padres que comunicaran tanto a la paciente como a sus hermanos y demás integrantes de la familia extensa que nada de lo que pasara durante la sesión se les daría a conocer (prescripción del secreto); en segundo lugar, se les ordenaba a los padres salir de casa durante los fines de semana, aumentando cada vez más el tiempo de las salidas, desde unas horas hasta un fin de semana completo (prescripción de las desapariciones), y; en tercer lugar, hacer un registro detallado de sus observaciones acerca de las reacciones de los demás. El método buscaba la participación de los padres y se caracterizaba por “la estrategia de desresponsabilizar a la paciente de las desavenencias existentes en la familia” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

Dos de los fenómenos observados con este tipo de prescripción fueron los que dieron por llamar embrollo relacional e instigación:

- Embrollo relacional: se presenta cuando uno de los padres finge tener una relación de privilegio con uno de los hijos. La cuestión es que esta relación no es genuina; se trata más bien de un pseudoprivilegio, pues en el fondo este progenitor apunta a su cónyuge. Su conducta hacia el hijo es sólo un movimiento dictado por el juego que mantiene con su pareja
- Instigación: en esta, uno de los padres se presenta ante el hijo como víctima de su propia pareja (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

El resultado con esta forma de experimentar es que les proporcionó un nuevo entendimiento acerca de los procesos interactivos con carácter patógeno. Lo que se revelaba

era un malestar relacional intenso en la pareja conyugal que se acentuaba porque era disimulado y a veces negado. Lo que observaron era una motivación para negar los problemas que la relación les ocasionaba. Así, desde esta perspectiva, los trastornos surgían cuando uno de los hijos era atrapado en el juego de los padres y se dejaba involucrar en él hasta que su mundo afectivo y cognitivo era invadido. Él hijo finalmente se daba cuenta de que todas sus convicciones sobre las cuales había establecido este mundo eran falsas, irrumpiendo así, los síntomas (Selvini Palazzoli, 1998a; 1998b; Tomm, 1984a; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

El éxito del método, cuando este se lograba, residía en que rompía con la protección y desconfianza exagerada de los padres hacia la paciente, propiciaba la separación entre las generaciones facilitando la reubicación de la paciente entre sus hermanos estrechando su solidaridad y establecía un vínculo auténtico entre los padres para ayudar a la paciente.

No obstante, al igual que con el «método paradójal», Selvini Palazzoli y sus colaboradores consideraron que había razones para abandonar el «método de la prescripción invariable», consistentes en:

- × Que la eficacia del método sólo se daba en las familias que se caracterizaban por un control extremo entre la paciente y sus padres, no así con las familias en las que se observaba más bien una práctica de hostilidad y expulsión con respecto a la paciente
- × La prescripción no aplicaba a familias en las que la paciente estaba ya casada y no vivía con sus padres o porque sólo había uno de ellos (sea por divorcio o viudez)
- × La prescripción no siempre era cumplida por la familia, sin llegar a saber a fondo la causa de ello
- × El deseo de experimentar un nuevo procedimiento terapéutico que dieron por llamar el «método de la revelación del juego familiar» (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).



El propósito del «método de la revelación del juego familiar» era saber si el hecho de hacer explícita la conexión del padecimiento de la paciente con los conflictos no resueltos de sus padres podría tener en sí mismo un efecto terapéutico. Para esto, el método se basaba esencialmente en dos elementos: la reconstrucción del juego familiar y la prescripción de una

serie de indicaciones, ya no de manera paradójica, sino explícita en la orientación del cambio.

Este método, como los dos anteriores también tenía algunas limitaciones, que según Selvini Palazzoli y sus colaboradores, eran que cuando no se tenía éxito con él, las pacientes recriminaban al equipo terapéutico el haber culpabilizado a sus padres inútilmente y de haberse comportado de manera severa con ellas mismas.



La experimentación con estos tres métodos llevó a Selvini Palazzoli y su equipo a implementar un cuarto método que estuvo vigente hasta su muerte (se deduce esto por las fechas en que se publicó la obra *Muchachas anoréxicas y bulímicas* y su deceso).

Este método fue como una especie de integración o síntesis de sus experiencias con los métodos anteriores, pero a diferencia de aquéllos, éste revela un avance más allá del modelo sistémico familiar:

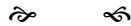
Reflexionando *a posteriori* sobre algunas de nuestras experiencias insatisfactorias, nos vimos empujados a dar un salto cualitativo, llegando, al fin, a considerar ineludibles, a pesar del credo sistémico (pero no de una lógica racional), las preguntas tradicionales sobre el «porqué» del síntoma, el pasado de los individuos, el funcionamiento defensivo y las necesidades insatisfechas de cada uno (tanto de la paciente como de los padres), la relación entre tales necesidades y la experiencia de crianza y, en consecuencia, las relaciones de cada padre con su familia de origen. Este fue el momento, posterior a la prescripción invariable, de la integración, en nuestra aproximación, de las dimensiones individual y trigeracional, desde una óptica nueva, que definimos como «pensar en idas y venidas» y pensamiento multidimensional complejo (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; pp. 96, 97).

La clave y relevancia de esta nueva postura radica, en mi opinión en que, ubica al individuo en un contexto más amplio que es lo que dan por llamar multidimensional:

La personalidad de cada sujeto, miembro de una familia, es apreciada en su individualidad en el aquí y ahora de su relación tanto con el terapeuta como con sus interlocutores familiares, además que con su expresión cotidiana. Este presente es fruto ya sea de las relaciones en

curso o de la historia de las relaciones pasadas que han determinado la cristalización del actual equilibrio emotivo de la persona (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; p. 97).

Así pues, el método apunta a la investigación en tres esferas interrelacionadas: “pensamos que podemos correlacionar más bien una cierta constelación de síntomas con una cierta personalidad de la paciente, por un lado, y con un cierto tipo de familia, por el otro” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).



Más allá de su labor con chicas anoréxicas, la importancia que tienen los trabajos desarrollados por Selvini Palazzoli después de la separación del primer equipo, desde mi punto de vista, es que redimensiona el papel que tiene la terapia familiar dentro de la psicoterapia en general. Es decir, la predominancia que adquirió el paradigma relacional a partir de las investigaciones reseñadas, llevó durante mucho tiempo a asumir que éste (a través de la terapia familiar) podría ser la solución a los problemas planteados por los individuos. Sin embargo, las observaciones de Selvini Palazzoli de la necesidad de un espacio individual, no hace más que confirmar algunas de las críticas que se le habían hecho a la terapia familiar en el sentido de que se había olvidado del individuo; necesidad, que por otro lado ha pasado a ser uno de los fundamentos de las terapias posmodernas.

Asimismo creo elemental tener presentes algunos de los riesgos que implican el trabajo de la terapia familiar (sobretudo cuando no se tiene la experiencia y habilidad necesaria, como dice Selvini Palazzoli): que los integrantes de la familia puedan sentirse culpabilizados al ser convocados todos a terapia; que el terapeuta, ante la negativa de los demás integrantes de la familia a comprender que no se ha hecho lo suficiente por el paciente identificado, llegue a sentir la misma frustración que experimenta éste frente a su familia; que los padres al ser confrontados con su responsabilidad opten por abandonar el proceso terapéutico y/o rechazar toda explicación o hipótesis por parte del terapeuta, al cual de paso terminan por considerarlo alguien que “siembra cizaña y enseñan a los hijos a no respetar”.





### *Boscolo y Cecchin*

Boscolo y Cecchin por su parte se dedicaron a trabajar en el análisis del proceso en la formación de terapeutas (o sistemas observantes). Su objetivo era ver qué pasa por la mente del terapeuta al trabajar con las familias. Sus observaciones revelaron diferentes reacciones de los terapeutas en formación: algunos reaccionaron sintiéndose útiles -sobre todo cuando el paciente se muestra desamparado-; otros reaccionan haciéndose profesores; unos más, tratando de controlar a la gente; algunos reaccionan tratando de proteger a la gente; incluso hay otros que intentan castigar al paciente. Su estrategia para generar un aprendizaje en el terapeuta respecto a sus reacciones es invitarlo a reflexionar respecto a estas mismas. El resultado es que el terapeuta empieza a pensar en un metanivel con respecto a su relación con la familia. Según Cecchin, esta es una forma de «utilizar las reacciones del terapeuta y de reorientarlas hacia la familia» (Boscolo, 1998; Cecchin, 1998; Tomm, 1984a).

### *\* Modelos de Soluciones*

El modelo de soluciones ha tenido como precursor a Steve de Shazer, un terapeuta formado en el MRI, siendo el modelo de terapia breve y la obra de Milton Erickson sus mayores influencias al grado de retomar y desarrollar ciertos conceptos que han sido clave para su modelo. Después de su estancia en Palo Alto, fundó en Milwaukee su propio centro al que llamó Brief Family Therapy Center (BFTC) (de Shazer, 1986, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Otros terapeutas que han contribuido a difundir el modelo han sido William O' Hanlon y Weiner-Davis.

#### ***Premisas del modelo de Soluciones***

- Los problemas surgen de cómo se comporta o reaccionan las personas; es decir, no tienen necesariamente un origen patológico
- Para llegar a una solución no se necesita llegar a la causa o raíz del problema
- Es mucho más importante llegar a entender la visión de la familia o cliente, a que el terapeuta llegue hacerse una propia
- Al igual que el modelo del MRI y las propuestas de Erickson, de Shazer considera que la familia o el cliente posee los recursos necesarios para lograr el cambio
- Para intervenir, el terapeuta no necesita saber mucho acerca del problema

- Para que se presente el cambio, sólo es necesario que el cliente o la familia actúe de forma diferente o vea de distinta manera el problema
- Es elemental centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable
- El lenguaje es una parte esencial del modelo, pues es a partir de él que es posible el cambio (de Shazer, 1986, 1987; Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).



### ***Particularidades del modelo de Soluciones***

- ❖ Quizá la característica más importante del modelo y que ha dado lugar a su nombre es su énfasis en la búsqueda de soluciones y el abandono por establecer un diagnóstico o definición del problema
- ❖ En todo caso, su idea del problema se asemeja mucho a la del modelo de terapia breve: éste surge cuando al intento de resolver una dificultad se van acumulando intentos fallidos debido a que la familia considera que su intento de solución es el adecuado, lo que favorece la subsistencia del síntoma
- ❖ Ha afinado la utilización de la postura del paciente de forma tal que ha reducido posibles resistencias. Su premisa es que la familia está lo suficientemente motivada para lograr el cambio; por lo que, una de las tareas del terapeuta es conocer la manera en que el paciente quiere colaborar en el proceso
- ❖ Su postura de restarle importancia al problema se refleja también en su propuesta de utilizar el término de cliente y abandonar el de paciente, pues considera que éste acentúa la idea de patología (de Shazer, 1986, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).



### ***La sesión terapéutica en el modelo de Soluciones***

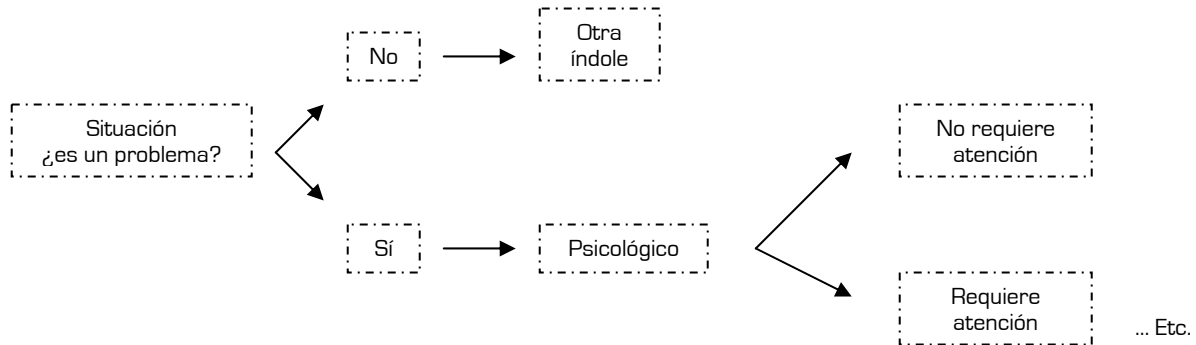
La sesión terapéutica del modelo de soluciones se divide en seis etapas: a) planificación de la sesión, b) el preludeo, c) recolección de los datos, d) pausa para la consulta: diseñando la intervención, e) la transmisión del mensaje: la intervención en sí, y f) el estudio posterior.

- *Planificación de la sesión:* de acuerdo a los datos preliminares que se tiene de la familia, el equipo hace una comparación de ellos con los de otras familias con problemas similares y de las intervenciones que resultaron efectivos, abreviando así el tiempo de respuesta
- *Preludio:* una vez iniciada la sesión, se dedican los primeros minutos a hacer una exploración del contexto social de la familia. El propósito es crear una atmósfera de apoyo con toda la familia y poner en claro sus creencias
- *Recolección de datos:* durante esta fase se inicia la exploración del problema, los intentos de solución, la versión de cada uno de los integrantes acerca del problema, la delimitación del motivo de consulta, la definición de la meta y objetivos terapéuticos, los cambios mínimos que indiquen la solución del problema y la identificación de las áreas de funcionamiento en las que no se presente el problema o conducta sintomática
- *Pausa para la consulta:* el diseño de la intervención consiste básicamente de dos elementos: el elogio y el indicio. El elogio es un comentario positivo acerca de la familia que permite que ésta se muestre receptiva al indicio, que no es más que la sugerencia o tarea relativa al problema
- *Transmisión del mensaje:* durante esta fase, y al momento que el terapeuta da el mensaje, el equipo terapéutico estará atento a las reacciones de la familia; si esta muestra aceptación al elogio, la probabilidad de aceptar el indicio es más probable; pero si la familia rechaza el elogio, difícilmente aceptará el indicio, por lo que el equipo podrá llamar al terapeuta para que no lo dé. En este caso, tanto el terapeuta como el equipo deberá replantear la estrategia
- *Estudio posterior:* una vez terminada la sesión y que la familia se ha retirado, el terapeuta y el equipo analizarán las reacciones de la familia y tratarán de predecir su reacción a la tarea o sugerencia, así como de los posibles cambios que se puedan dar en la familia (de Shazer, 1987).



### ***Visión terapéutica***

- ❖ Un problema se deriva de la visión del mundo que tiene el paciente y de lo que debería ser. De este supuesto se deriva el árbol de la queja propuesto por de Shazer:



- ❖ Un problema se mantiene y se acentúa en función de lo que se considera la solución «correcta», propiciando más de lo mismo
- ❖ Para que el problema se solucione se requiere de un pequeño cambio, pues éste propiciará otros
- ❖ La solución del problema debe considerar las creencias del paciente y esto se obtiene preguntando cómo sería su vida sin que mediara el problema
- ❖ A veces sólo se requiere un reencuadre del problema para que este deje de serlo
- ❖ Los cambios son sistémicos; es decir, un cambio en uno de los pacientes dentro del sistema familiar repercute en los otros integrantes (de Shazer, 1986)



### ***Estrategia de Intervención: En la secuencia sintomática***

Este tipo de intervenciones permite al terapeuta modificar alguno o algunos de los elementos en la secuencia en que se presenta el problema:

- Cambiar la frecuencia, personas involucradas, momento de aparición, lugar y duración donde se presenta el problema
- Agregar un elemento nuevo a la secuencia de surgimiento del problema o síntoma
- Alterar el orden de los elementos de la secuencia problemática
- Fragmentar la secuencia sintomática en elementos más pequeños

- Unir la aparición del problema a alguna otra actividad que implique un esfuerzo (O'Hanlon, 1993; Cade y O'Hanlon, 1995).



***Estrategia de intervención:  
En el contexto***

Una vez que el terapeuta obtiene un conocimiento amplio del contexto donde se presenta el problema, altera elementos próximos en el primero para modificar a este último.



***Estrategia de intervención:  
Tareas de fórmula***

Este tipo de intervenciones se llaman así porque son un tipo de intervenciones genéricas que se aplican independientemente del problema.

- Tarea de fórmula de la primera sesión. Esta tiene como objetivo que el cliente se centre en los aspectos positivos; así, al terminar la primera sesión se le pide piense en lo que le gustaría que no cambiara
- Tarea de la sorpresa. En esta tarea se le pide a la familia realicen algo fuera de lo cotidiano con el fin de romper la secuencia sintomática
- Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Cade y O'Hanlon, 1995)



***Intervenciones específicas***

- ◆ ***Resignificación (reencuadre).*** El supuesto es que se puede cuestionar y modificar la manera de ver el mundo; por lo tanto, es posible cambiar el significado y sus consecuencias experienciales y conductuales
- ◆ ***Excepciones.*** La idea de buscar excepciones es que existen momentos en que el problema no se hace presente, reconociendo de esta manera lo que ya se ha estado haciendo e identificarlos como pequeños éxitos en el manejo del problema
- ◆ ***La pregunta del milagro.*** Esta se utiliza para crear una situación de terapia en la que la familia puede responder efectivamente en el nivel psicológico a las metas terapéuticas como realidades ya logradas. El efecto de la pregunta es que los integrantes de la

familia pueden imaginar maneras concretas de llegar a resolver el problema y cómo contribuirá cada uno de ellos para que esto se logre

- ◆ ***Ubicación en una escala.*** La escala se basa en el supuesto de un cambio en la dirección deseada; supone movimiento (cambio) en una dirección u otra, en lugar de estancamiento; por tanto, cuando un cliente se le pide ubicarse en una escala, implícitamente se incorpora la expectativa del cambio. Asimismo, cuando el cliente «cuantifica» esto lo pone en una posición de control sobre el problema
- ◆ ***Enfocando al futuro.*** Una visión positiva invita a la esperanza, lo cual ayuda a superar las penas presentes y reconocer la posibilidad del cambio e inspirar soluciones
- ◆ ***Analogía.*** La analogía como la metáfora y los chistes ejercen poderosos efectos a través de pautas activas asociativas inconscientes y tendencias de respuesta que de pronto se suman para presentar ante la conciencia un nuevo dato o conducta nueva. La analogía ayuda al cliente a utilizar sus propias experiencias y aptitudes para dar sentido a otras zonas vivenciales
- ◆ ***Paradoja.*** La paradoja supone una comunicación explícita o implícita, pero clara, dirigida a un cliente e insertada en otra comunicación enmarcadora que la contradice, de forma que plantea un dilema. Así, para obedecer a una de las comunicaciones hay que desobedecer la otra. La paradoja tiene el efecto de dar poder al cliente, por medio del proceso de reconocer sus preocupaciones perfectamente válidas y más temerosas acerca del cambio, dejando después que opere sobre la base de sus propios argumentos acerca de la conveniencia de intentar cambiar
- ◆ ***Preguntas presuposicionales.*** Se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose a las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas. Tienen el efecto de encaminar a los clientes hacia respuestas que promuevan sus recursos y les enriquecen. Al contestar a estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa de que el cambio es inevitable
- ◆ ***Normalizar y despatologizar.*** Muchas de las dificultades que la gente lleva a terapia, se diría que han surgido a partir de algunos eventos casuales que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para llegar a ser considerados como un

problema. Cuando el terapeuta normaliza las dificultades que los clientes traen a terapia, parecen aliviados, o por lo menos ha tenido un efecto tranquilizador, llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían

- ◆ *Elogios -reestructuración y connotación positiva-*. La consecuencia es que se puede dar un nuevo significado a la descripción del problema, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta ese momento se consideraban problemáticas
- ◆ *Hipnosis*. La hipnosis tal como la utilizaba Erickson es de suma importancia pues revela que las sugerencias hipnóticas no necesitan el ritual de inducción al trance para tener efecto. En la hipnosis orientada a las soluciones se pretende despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema, es decir de las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona (de Shazer, 1986, 1987; Cade y O'Hanlon, 1995).



### ***Para aumentar y mantener el cambio***

A partir de la segunda sesión el terapeuta plantea preguntas como las siguientes: ¿qué eventos positivos han sucedido desde la sesión anterior? o ¿qué cosas positivas *ha estado* haciendo esta semana?

Si se han presentado cambios se le puede preguntar ¿qué podría hacer para que se mantengan los cambios?

Si reportan no haber cambios se le puede pedir que evalúe el problema en ese momento del uno al diez en comparación a cuando llegó a terapia. La idea es hacer evidente a la familia los cambios, aún cuando sean mínimos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Berg, y Miller, 1996).

### **\* \* Modelo de Terapia Narrativa**

Uno de los modelos terapéuticos surgidos a partir de las premisas promulgados por la posmodernidad es el modelo de terapia narrativa desarrollado por Michael White y David Epston. Como toda idea, este modelo no surge de la nada; las influencias que se pueden identificar y que le dieron forma son: el pensamiento de Bateson, los modelos estratégicos -en

especial el del MRI, los escritos de Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder, la psicología narrativa de Bruner, la formulación de preguntas desarrolladas por Tomm y Penn - inspiradas a su vez en el modelo de Milán (White, 1994, 2002; Bertrando y Toffanetti, 2004).

La concepción narrativa nace de la influencia de Cheryl White y David Epston; concepción que Michael White define como un método de cuestionamiento hacia las prácticas totalizantes, y lo diferencia de la técnica del reencuadre usado en otros modelos en que, en el caso de éste, la responsabilidad de dar un nuevo sentido a la vivencia del paciente recae en el terapeuta; en el caso de la narrativa, este es un proceso en el que el paciente pasa a primer plano, siendo el autor de su historia y su reelaboración (White, 2002).



### ***Premisas y supuestos***

- ❖ Su concepto de problema es que las personas acuden a terapia porque algunas de sus formas de ser o de pensar les provocan dificultades o viven sus efectos como negativos
- ❖ La comprensión es un elemento básico de la terapia. La premisa es que para poder tener un conocimiento acerca del problema, es necesario que el paciente se sienta comprendido
- ❖ La historia del individuo es importante tomar en cuenta en la terapia en la medida en que aquella es fuente de acontecimientos extraordinarios o excepciones, que a su vez serán materia para producir relatos alternativos
- ❖ El terapeuta es un ente político y el descuido de su posición lo puede llevar a ser un instrumento de dominación más del *statu quo*
- ❖ El papel del terapeuta en la re-narración es hacer preguntas que propicien el surgimiento y enlace de los acontecimientos extraordinarios o excepciones
- ❖ La idea de la terapia narrativa es cuestionar la ecuación problema=identidad, y esto se hace a través de la externalización del problema; es decir, el propósito de la terapia es separar el problema de la persona. O como diría M. White, «la persona no es el problema, el problema es el problema»
- ❖ Término de la terapia: cuando el paciente ha empezado a experimentar relatos alternativos y pasa de ser coautor a autor de sus propios relatos



- ❖ Terapia exitosa: es aquella en que se puede experimentar nuevas formas de vivir y el método empleado es explorar significados e interpretaciones alternativas a través del cuestionamiento de las estructuras dominantes (carácter político de la terapia) (White, 1994, 2002).



### ***El proceso terapéutico***

De acuerdo a White y Epston lo que la gente hace es contar su vida, y es a través de esta narración que le dan una estructura y un significado. No obstante, muchas veces la presencia de un evento significativo en la vida del individuo que tiene una consecuencia negativo para él o quienes le rodean suele adquirir un status dominante dentro de su narración al grado de desarrollar un sentido de identidad respecto al problema.

El paso siguiente en la terapia es mostrar cómo este problema es producto de los procesos de institucionalización, del contexto social en el que se desenvuelve el individuo. Esto es, lo que estos autores opinan es que es el sistema quien determina lo que es un problema y una de las funciones de la terapia es revelar esta construcción. Para esto, el método sugerido por ellos es la externalización del problema, que consiste básicamente en escindir o separar al sujeto del problema o de la historia dominante a través de la búsqueda de acontecimientos extraordinarios o excepciones en la historia del sujeto.

De acuerdo a Bruner (1995) los relatos o historias están conformados de dos elementos: un panorama de acción y un panorama de conciencia o significado. El panorama o paisaje de la acción está constituido por experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas. El panorama o paisaje de la conciencia o significado son las interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desenvolviéndose en los paisajes de la acción. Así, según White:

En el trabajo de reescritura, invitamos a las personas a practicar un intercambio entre ambos paisajes -reflexionando acerca de lo que podrían significar los acontecimientos alternativos en el paisaje de la acción y determinando qué eventos en el paisaje de la acción reflejan mejor

las descripciones preferidas de características, motivos, creencias, etcétera –de manera que generan paisajes alternativos de la acción y de la conciencia (White, 2002; pp. 36, 37).

A continuación se presentan las etapas del proceso terapéutico narrativo:

- ◆ La primera etapa consiste en llevar a cabo preguntas de conjunción encaminadas a conocer a los consultantes e identificar sus competencias
- ◆ La segunda reside en realizar preguntas relacionadas a la experiencia que ha tenido el paciente con el problema, cuidando desde ese momento la externalización del mismo
- ◆ En esta se hacen preguntas con influencia relativa, tratando de llevar a los integrantes de la familia a experimentar el problema como algo externo a ellos
- ◆ El siguiente paso es realizar preguntas que evidencien los acontecimientos extraordinarios o excepciones; es decir, momentos en los que el problema no ha podido influir en la vida de la familia
- ◆ Finalmente, se lleva a cabo la construcción de historias alternativas, sobre la innovación de nuevos paisajes, tanto de la conciencia como de la acción (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### \* *Modelo Colaborativo*

El modelo colaborativo ha sido desarrollado por Harlene Anderson y Harry Goolishian (†), dos terapeutas del centro de Galveston Family Institute ubicado en el estado de Texas. El marco en el cual se desarrolló este modelo comprenden diversos teóricos, filósofos, psicólogos sociales, feministas y terapeutas familiares, que cuestionaron la autoridad científica como fundamento del conocimiento y brindaron otros criterios para analizar y comprender la psicología humana. Asimismo, estas perspectivas tomaron forma y confluyeron en diversas teorías como son: el construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa, lo que para Anderson (1999) constituyen las bases del pensamiento posmoderno y por tanto para su modelo.



Las premisas filosóficas del modelo colaborativo son:

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido
- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros
- El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social
- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera (Anderson, 1999; p. 29).



Anderson define la terapia colaborativa como: *un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas –una búsqueda conjunta de posibilidades* (Anderson, 1999; p. 28).

En este contexto el objetivo de la conversación es ayudar a la gente a que tenga coraje y la capacidad de «moverse entre las cosas y los sucesos del mundo», de «tener una perspectiva clara», de producir. Lo permite un tipo especial de conversación –*un diálogo*- y la capacidad de la terapeuta de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico –*una postura filosófica* (Anderson, 1999; p. 22).



Características del modelo:

- Se promueve la utilización del lenguaje del paciente como una forma de conocer sus valores y puntos de vista, sus palabras, sus frases
- En este sentido, el lenguaje utilizado en la conversación terapéutica no difiere del lenguaje cotidiano del paciente
- Cada integrante tiene su lenguaje y se respetan las diferencias; y a cada uno de ellos se le escucha dándoles su tiempo
- Existe una curiosidad por la historia del paciente

- La familia no es una entidad –y por tanto no es un sistema-. No piensa ni respira, los individuos la hacen
- No existen intervenciones precisas y eficaces. El terapeuta colaborativo no es un experto que decide lo que tiene que hacer el individuo
- De esto se desprende la proposición de que el terapeuta es un experto en el proceso mientras que el cliente es un experto en el contenido y que Anderson y Goolishian definen en su famosa frase «el experto es el cliente»
- Consecuentemente, en este intercambio no es posible tener una certidumbre del proceso, por lo que el terapeuta llega a una posición de «no saber»
- La terapia no es un «hablar a», sino un «hablar con». Es un proceso de dar y recibir, un intercambio, un dialogo, un entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas. En este marco el cambio es bidireccional
- Dado que desde su punto de vista los términos *terapia* y *terapéutico* implican una relación con las nociones de normalidad y patología, Anderson y Goolishian han adoptado el título de consultores y llamar al paciente, cliente
- Siendo los sistemas humanos sistemas relacionados en la interacción lingüística, los problemas existen en el lenguaje; así, no existe una solución a ellos, sino una disolución
- En este sentido, el problema constituye o configura al sistema y no el sistema al problema
- La función del terapeuta colaborativo es la de ser un participante más que facilita e indaga en las narraciones y renarraciones del cliente
- El cambio en el cliente, surge en y a través de las redescpciones generadas por el contar y recontar de historias familiares
- La conversación terapéutica no tiene una estructura, es más bien espontánea. En todo caso la determina el intercambio que se da a cada momento entre el terapeuta y el cliente (Anderson y Goolishian, 1992; Anderson, 1999)



Para Anderson el proceso dialógico está compuesto de seis elementos:

- ✓ El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo. Esto significa que el terapeuta hace lugar para el otro y que no entra con ideas y planes ya formados acerca del cliente, el problema o su solución
- ✓ El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. El terapeuta crea el espacio para un proceso dialógico externo (oral), invita a este, lo facilita
- ✓ El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. El proceso dialógico externo incrementa la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno, más que en un monólogo
- ✓ Los clientes participan en diálogos externos entre sí. A medida que un individuo comienza a hablar de distinta manera con su terapeuta y consigo mismo, también comienza a hablar distinto con otros
- ✓ El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Una conversación lleva a otra. Los diálogos internos y externos que ocurren en el consultorio hacen que los clientes hablen de distinto modo consigo mismos y con otros fuera del consultorio
- ✓ El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Al igual que el cliente, el terapeuta se lleva consigo las conversaciones y pensamientos que ocurren en el consultorio. Estos han de influir y mezclarse con otras conversaciones, que harán lo propio (Anderson, 1999; pp. 179, 180)



## *Habilidades clínicas terapéuticas*

**E**l presente apartado muestra la integración de los procesos clínicos de las personas a las que se atendió durante la estancia en la residencia. Cabe mencionar nuevamente que el trabajo que se realizó con cada una de ellas fue desde un modelo diferente, siendo los criterios de asignación la disponibilidad de las familias para su atención y el modelo en turno que se estaba estudiando. Asimismo, y para efectos de evaluación de las familias habría que mencionar que, se hizo uso del modelo McMaster de evaluación familiar desarrollado por Epstein (1983) y el familiograma propuesto por Mónica McGoldrick (1985).

Los casos que se presentarán son: el de un matrimonio de jóvenes, los casos de dos señoras de 69 y 54 años de edad y el caso de una chica de 21 años de edad. En el caso del matrimonio, la esposa expresó problemas con su marido debido a una falta de apoyo de éste en cuanto a las responsabilidades de la casa y de atención hacia ella y sus hijas; este caso fue abordado desde el modelo de terapia breve. La señora de 69 años solicitó ayuda debido a que dos meses antes de llegar a consulta, su esposo le había confesado que tenía una hija de 22 años de edad, producto de una relación que había mantenido desde entonces, por lo que la señora se encontraba confundida y no sabía qué hacer con los sentimientos surgidos a partir de esta confesión; ella fue atendida bajo el modelo de Milán. En el caso de la señora de 54 años de edad, ella comentó tener problemas de ansiedad, insomnio y tristeza debido a dos situaciones: uno, el estar en ese momento en un proceso legal por su casa debido a que cuatro años antes se había divorciado y el exesposo pugnaba por la mitad de los bienes; dos, por el hecho de que sus dos hijas tenían poco de haber salido de su casa para hacer su vida, evento que ella interpretó hasta cierto punto como un abandono; ella fue abordada bajo el modelo de soluciones y el modelo de terapia narrativa. En tanto la chica de 21 años expresó también encontrarse confundida pues tenía un mes que había dejado a su esposo por cuestiones de violencia física, verbal y emocional; su confusión se acentuaba pues al parecer

él no mostraba interés por solucionar los problemas y reunirse nuevamente; ella fue atendida desde el modelo colaborativo.



**\*\* Caso 1**

Modelo de intervención: *Terapia breve*

Supervisora: *Mtra. Ma. Blanca Moctezuma*

---

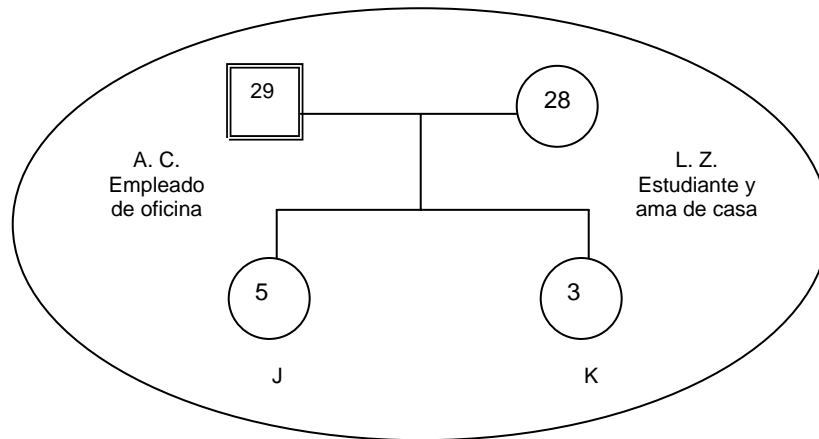
***Datos de identificación.***

A. C: 29 años de edad, empleado en una oficina de transportes.

L. Z: 28 años de edad, estudiante de la carrera de psicología durante las mañanas y en las tardes se dedica al hogar.

Hijas: J y K; de 5 y 3 años de edad, respectivamente.

***Familiograma***



***Resumen***

La pareja de A y L es un matrimonio de jóvenes; al momento de atención él era empleado de una oficina de transportes, mientras que ella se encontraba cursando la carrera de psicología. La demanda de apoyo la hizo L, quien planteó problemas que no habían podido superar, y que cuando lo habían logrado volvían a caer en ellos, lo cual le hacía sentir enojo, tristeza y coraje, impidiéndole tomar decisiones. Es importante señalar que durante el proceso L expresó diversas quejas respecto a A como: falta de apoyo por parte de él en las labores de la casa, falta de atención de él hacia ella y sus hijas, así como su mala administración económica; sin embargo, a medida que fue transcurriendo el proceso se hizo evidente que sus quejas eran hasta cierto punto poco realistas, siendo que en primer lugar, A



rolaba turnos, por lo que había semanas que trabajaba de noche, llegando desvelado y cansado a su casa; no era una persona que ingiriera alcohol o tuviera una vida social frecuente, por lo que la mayor parte del tiempo lo pasaba en casa y sólo en ocasiones visitaba a sus familiares. Aunque hubo una etapa en la que tuvo un bache laboral, en el momento de la terapia tenía un empleo de base y por lo tanto un ingreso estable y seguro. Ante este contexto el equipo percibió una dificultad en L para valorar los aspectos positivos de A; de hecho cuando se le hicieron ver estos, ella los confirmó. Así pues, parte del proceso estuvo encaminado a trabajar con la percepción devaluada que tenía L de A, así como de los logros que habían podido conseguir durante el proceso terapéutico y que tampoco habían sido valorados por ella. En cuanto al proceso terapeuta-pacientes, éste se había llevado dentro de un ambiente de cooperación y confianza; no obstante, cabe señalar que el tratamiento fue interrumpido por L debido a la molestia que le originó un mensaje dado por un compañero del equipo, llegando a comentar durante la última sesión no haberse sentido escuchada por el equipo terapéutico. Así pues, el que L haya expresado que no se sintiera escuchada, de alguna manera concordaba con los aspectos que se observaron en ella a lo largo del proceso en el sentido de que mostraba dificultad para valorar las cosas positivas (específicamente de A).

### ***Motivo de consulta***

L manifestó como motivos de consulta la falta de apoyo por parte de A en las labores de la casa, su poca atención hacia ella y sus hijas y las dificultades económicas que llegaban a pasar debido a su deficiente administración -en este orden de importancia.

Atendiendo la propuesta del modelo de terapia breve de establecer el problema en términos observables, se le pidió a L mencionara algunos ejemplos que ilustraran los problemas manifestados. En este sentido ella comentó, respecto a la falta de apoyo en las labores de la casa, que parte del tiempo que A estaba en la casa se la pasaba en dormir, dejándole a ella la responsabilidad de la limpieza y comida. En cuanto a la falta de atención hacia ella y sus hijas, L comentó que a ella le gustaba platicar mucho, sea de lo que le pasara o sintiera, y que ella esperaba que A fuera de la misma forma, pero que él más bien tendía a ser callado y a guardarse lo que le pasaba. Respecto a las dificultades económicas, L comentó que debido a una serie de deudas contraídas durante el tiempo que A se quedó sin trabajo, parte

de la quincena se iba en cubrir dichas deudas, así como en el pago de una casa que habían adquirido hacía un tiempo.

Cuando se le preguntó a L por qué cada uno de sus problemas eran un problema, ella comentó que respecto a la falta de apoyo en las labores de la casa esto se volvía un problema debido a que por dedicarse a éstas no le quedaba el tiempo suficiente para estudiar; con relación a la mala administración del dinero, esto se volvía un problema pues, como ya se mencionó, en ocasiones la mayor parte del dinero se les iba en pagar las deudas atrasadas, propiciando que no les alcanzara el dinero para satisfacer todas sus necesidades; la falta de atención, según ella se volvía un problema pues sentía que la comunicación entre ella y A era cada vez más pobre, situación que le hacía sentir cada vez más distante de él.

### ***Soluciones intentadas***

La solución más inmediata fue que L había intentado establecer una serie de «acuerdos» con A -que más que acuerdos eran una serie de imposiciones encubiertas bajo ése término-, respecto a cómo podría él solucionar los problemas, que no habían dado resultados. Esto más bien había propiciado que cuanto más buscara o presionara L a A con cumplir estos acuerdos, más distancia tomaba él, pasando esta «solución» a ser parte también del problema. Otra de las soluciones intentadas -por L-, fue la separación, que duró solo unas semanas pues sintió que les hacía mucha falta A a ella y a sus hijas.

### ***Postura del paciente***

Aunque ambos integrantes llegaron a la clínica, en realidad fue L quien consideró que los problemas que tenía su familia se debían a su esposo, por lo que pensaba que quien necesitaba ayuda era él. Esto se derivaba de que, mucho de lo observado en la interacción de la pareja, era L quien determinaba lo que estaba «bien» y lo que estaba «mal» dentro de la relación. Así pues, la posición de L respecto al proceso era esperar que se viera apoyada en sus apreciaciones por el equipo terapéutico. A por su parte, asumía en ocasiones, que efectivamente parecía ser él el del problema y por tanto la posición de paciente. Respecto a la solución del problema, la postura de ambos fue de optimismo; mientras que, con relación a la terapia, su actitud fue la de asumir una responsabilidad recíproca con el terapeuta, pues mostraron disposición para colaborar.

### ***Evaluación de la familia -Modelo McMaster-***

***Identificación y solución de problemas.*** Aunque al momento de acudir a la clínica la familia gozaba de cierta estabilidad económica, durante cierto tiempo había pasado por una crisis bastante severa en este aspecto (pues A había perdido su empleo debido a un recorte de personal), lo que había propiciado que, dejara de satisfacer algunas necesidades como la de vestido, empezara a contraer deudas y a que surgiera una insatisfacción cada vez más creciente en ellos -sobretudo de L hacia A, pues consideraba que no estaba haciendo lo necesario para salir de esa situación.

Cabe señalar que a pesar de que A contaba ya con un empleo, este malestar aún no había desaparecido por completo en L; en primer lugar, porque parte de lo que él ganaba estaba siendo utilizado para pagar las deudas, y en segundo lugar, porque ambos concordaban en que A tenía dificultades para administrar la economía de la familia. Sin embargo, también consideraban que lo más importante era que habían dejado de tener problemas para cubrir sus necesidades más indispensables -y aún un poco más-, por lo que estaban convencidos de que pronto saldrían adelante en cuanto a su situación económica.

En el plano afectivo, la insatisfacción en L, generada por la situación económica, había hecho que aquélla se manifestara en la expresión de ciertos sentimientos como: enojo, tristeza y coraje. Así, la relación entre ambos durante la etapa en la que él se quedó sin trabajo se fue deteriorando hasta el punto de que L decidió separarse de A -aunque dicha separación sólo duró unas semanas. A este respecto, lo que el equipo terapéutico observó fue cierta dificultad en L para valorar lo positivo de A, pues a pesar de que había perdido su empleo, él no había dejado de buscar trabajo y ocuparse; el problema era que no había logrado conseguir uno seguro y estable -situación que hasta cierto punto estaba fuera de sus manos. Por otra parte, en el transcurso del proceso se fueron revelando muchas de las cualidades que A tenía: era un tipo que no acostumbraba a tomar o tener una actividad social frecuente con sus compañeros de trabajo y generalmente mostraba disposición para ayudar en las labores de la casa y en la atención de sus hijas.

***Comunicación.*** Independientemente de los problemas económicos que tenía la pareja, lo cierto es que A reconocía tener dificultades para expresar de manera clara y directa sus pensamientos y emociones; un claro ejemplo, de esto fue cuando perdió su trabajo. A

comentó que cuando se casó con L, él tenía un buen empleo, pues laboraba en un banco donde tenía buenas prestaciones, sin embargo, cuando salió de éste, se sintió deprimido y preocupado a la vez, pues sabía que ya no podría seguir dándoles a sus hijas y a L lo que hasta ese momento les había dado. Es importante decir que, al momento de narrar esto, lo embargó la tristeza al grado de llorar, lo mismo que a L, pues ella nunca había escuchado lo que había sentido A acerca de este acontecimiento.

L por su parte, no mostraba dificultad para expresarse, de hecho se consideraba a sí misma como «muy comunicativa» y en todo caso su problema es que en ocasiones le exigía a A se mostrara igual que ella en este mismo aspecto.

**Roles.** A es quien lleva el rol de proveedor, mientras que L asume las labores del hogar; sin embargo, y a pesar de que una de las demandas de L es la falta de apoyo por parte de A en las responsabilidades de la casa, L aceptó que en realidad, él ayudaba también en ellas así como en la atención de sus hijas y de ella misma, pues la había apoyado de manera incondicional para que siguiera estudiando y superando. Así pues, lo que el equipo observó es que el cumplimiento de estas actividades se hacía de manera flexible y compartida.

**Respuesta afectiva.** En el caso de A, se reveló que experimenta afectos acordes con la situación que vive en el momento, sin embargo, como ya se mencionó, muestra dificultades para poder expresarlos, tendiendo a guardarlos. En L lo que se observó es que en ciertos momentos tiende a experimentar sentimientos, sobretodo de malestar, no acordes con la situación. Un ejemplo es la molestia que decía sentir porque A no la apoyaba con las labores de la casa, cuando lo que sucedía era lo contrario.

**Involucramiento afectivo.** La percepción del equipo terapéutico fue que A había mostrado una posición de compromiso y responsabilidad hacia L y hacia sus hijas, lo cual demostraba con hechos, pero que sin embargo, le costaba decirlo con palabras (que era una demanda de L hacia él). L en cambio, parecía involucrarse más desde una posición narcisista, pues como se ha expuesto, muchas de sus demandas no eran del todo coherentes con lo observado en A: así podríamos hablar del apoyo que le había estado dando para seguir estudiando, de la ayuda en la labores de la casa, de la atención a sus hijas, del cumplimiento de su rol de proveedor.

***Control de la conducta.*** En cuanto a este aspecto, nuevamente podemos decir que se observó una situación asimétrica, pues mientras A se mostraba flexible respecto a las actividades de L, ella trataba de ejercer un control sobre él. Un ejemplo de ello, es que L se quejaba de que A fuera a visitar a su familia, cuestión que cuando se exploró, se reveló que esto sólo ocurría esporádicamente.

### ***Enfoque***

Se trabajó con la pareja bajo el modelo de terapia breve durante quince sesiones (incluyendo la de cierre). Asistieron A y L juntos a casi todas las sesiones, excepto dos, donde sólo se presentó L debido a que A se sintió indispuerto pues había trabajado durante toda la noche.

### ***Objetivo de la terapia***

De acuerdo a la información vertida por la pareja y de la observación de sus pautas de interacción, se plantearon los siguientes objetivos: a) cambiar la percepción que L tenía de A y de las dificultades que habían pasado como familia, y b) modificar los patrones de administración de la economía familiar –dejándola en L.

### ***Estrategia de intervención***

Es importante señalar que a partir del desarrollo del proceso y de buscar las pautas de interacción entre L y A para intervenir en ellas, desde las primeras sesiones en que L expuso los problemas por los cuales ella acudió a solicitar el servicio se fue haciendo cada vez más evidente para el equipo terapéutico que gran parte de ellos se debían a una sobreestimación que misma L hacía de las dificultades normales que suelen pasar algunos de los matrimonios jóvenes (postulado básico del modelo de terapia breve respecto al origen de los problemas como dificultades que surgen en la vida cotidiana en la transición de una etapa a otra del ciclo vital, así como de las soluciones intentadas por la familia).

Esta presunción se derivó de ciertos aspectos que se fueron revelando a partir de la búsqueda de las pautas de interacción como ya se mencionó: aunque si bien era verdad que habían pasado por algunos aprietos, principalmente de tipo económico, lo cierto es que estos se debieron en parte a la pérdida del empleo de A. Con respecto a las quejas que L hacía de A de que no les daba la atención necesaria a ella y a sus hijas y de que no la ayudaba como ella quería con las actividades de la casa, lo que se reveló fue, en primer lugar que, en

realidad A no se pasaba todo el tiempo durmiendo como L decía, sino que esto sólo sucedía cuando él tenía que trabajar en el turno de la noche, lo cual hacía comprensible esa situación; en segundo lugar, que A era una persona con muy poca vida social fuera de casa y que sólo ocasionalmente visitaba a sus familiares, por lo que la mayor parte del tiempo la pasaba en casa con ellas; en tercer lugar, que, de hecho, cuando A llegaba a hacer la limpieza de la casa lo hacía mucho mejor que L -llegando a reconocerlo ella misma un poco apenada; y cuarto, que el criterio sobre el cual L establecía la falta de comunicación era su propia pauta de conducta sin considerar las diferencias entre una y otra persona, en este caso entre ella y A, es decir, lo que ella pedía es que A fuera igual que ella en la forma de «comunicarse».

Todo esto no quiere decir que A no tuviera responsabilidad en los problemas, al contrario; él mismo reconoció que en lo tocante a la administración del dinero, efectivamente no era muy hábil para hacerlo, así como para hablar sobre lo que pensaba o le pasaba.

Dados estos antecedentes la estrategia del proceso terapéutico se enfocó primordialmente a dimensionar positivamente las cualidades de A, y que L percibiera algunas de las dificultades por las que atravesaba como parte de un proceso normal de algunos matrimonios jóvenes, a través de una serie de intervenciones como: la normalización, el elogio, la resignificación y el reencuadre, así como de la paradoja, el no apresurarse y el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, con el propósito de romper su pauta de interacción con ciclos de retroalimentación positiva (donde ella asumía una posición de perseguidor y él de huida; lo cual resultaba evidente desde el momento en que había sido ella misma quien tomó la «iniciativa» de solicitar el apoyo psicológico y ser ella quien había «invitado» a A a la terapia).

### ***Intervenciones***

***Normalizar.*** En algunos momentos se trató de normalizar sus problemas como etapas por las cuales atraviesan la mayoría de las parejas en algún momento de su vida, por lo que en realidad el problema sólo es una dificultad más, en este proceso de vivir juntos.

También se utilizó cuando se le explicó a L el que no tenía que exigir que las cosas se dieran a la perfección, pues además de que ésta no existe, pocas veces las cosas se cumplen al cien por ciento.

En una de las últimas sesiones se les dio un mensaje en el que se les expresó que tanto uno como otro tienen tiempos distintos y que esto hace que las cosas las perciban y las hagan de manera diferente.

*Elogio.* En algunas ocasiones se elogiaron, a través de las voces de las mujeres del equipo terapéutico, las cualidades de A como esposo y como pareja dada la dificultad de L para valorarlas. Sin embargo, también se elogió en L su deseo de buscar la superación, no sólo de ella, sino de A también.

*Paradoja.* Esta intervención fue utilizada durante la penúltima sesión cuando se les comentó que habíamos llegado a la conclusión de que no iban a poder cambiar su forma de interactuar pues después de todo parecía ser una de sus características como pareja. También se les comentó que, tanto el terapeuta como el equipo, no esperaban que resolvieran sus problemas, pues estos son parte de la vida.

*Resignificación.* Esta intervención se utilizó también durante la penúltima sesión cuando al comentar L que había estado acumulando los detalles negativos vividos con A a través del tiempo, se le dijo que todas las parejas enfrentan altas y bajas, así como el hecho de que ningún integrante de la pareja es perfecto, por lo que, el problema no era que se presentaran estos detalles y conflictos, sino qué se hace con cada uno de ellos.

Esta intervención también se utilizó para dar énfasis al sentimiento de A de sentirse deprimido cuando fue liquidado del banco (lo cual les había provocado una inestabilidad económica), el cual L había interpretado como apatía.

*No apresurarse.* A raíz de esta última resignificación, en la sesión siguiente habían reportados grandes cambios en su interacción; sin embargo, se les dijo que no se apresuraran pues era posible que sufrieran una recaída.

*El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Casi al inicio del proceso se hizo evidente que los «acuerdos» a los cuales supuestamente llegaban y no respetaban, eran en realidad intentos de L por imponer a A sus peticiones.

*Reencuadre.* En algún momento se le dijo a L que siendo ella quien había manifestado la queja, era quien marcaba la pauta y las expectativas en la relación y que posiblemente su exigencia era tal que A no había podido cubrirlas, esperando con esto que fuera más flexible y realista en cuanto sus demandas.

**Modificación de la pauta.** Esta intervención se hizo cuando se les sugirió que fuera L quien asumiera la administración de los gastos de la casa.

### ***Logros terapéuticos***

En la última sesión L expresó que se había cuenta de que los tiempos entre A y ella son diferentes, así como el hecho de que necesitaba valorar los aspectos positivos de A. Él por su parte manifestó que necesitaba dejarse de juegos y comprometerse más en satisfacer las demandas de L y de que, quienes finalmente ponen en práctica las soluciones son ellos mismos.

En el caso de L concordé con ella de que en realidad se había dado cuenta de cada uno de ellos tiene un tiempo para hacer las cosas; respecto a valorar los aspectos positivos de A consideré que esto iba a ser un proceso y que de vez en cuando iba a resentir recaídas «en él» (que más bien serían en ella). En cuanto a A, el que haya comentado que había entendido que necesitaba dejar de jugar y dar lo mejor de sí a L, nos pareció algo nuevo en su discurso a partir de que ella planteó una separación definitiva; creo que ese planteamiento de L le hizo tocar fondo a él y lo llevó a esta conclusión (un indicio, es que A empezó a cursar la preparatoria durante esos días). Tocante a su relación de pareja se consideró que no teníamos los elementos necesarios para poder emitir una opinión en ese momento.

### ***Análisis del proceso terapéutico***

Analizando la labor que se hizo durante las dos primeras sesiones, consideré que se había logrado el enganche necesario que permitió establecer una relación cordial y comprometida entre terapeuta y pareja, reflejándose en la asistencia de ésta a todas las sesiones programadas. No obstante, lo que se observó a lo largo del proceso fue una dificultad por parte de L para valorar, en primer lugar, las cualidades que de por sí mostró tener A desde antes de llegar a la terapia, así como de los cambios observados en él. Así pues, aunque se consiguieron algunos logros como el que A empezara a colaborar aún más con las responsabilidades de la casa o el de tener otro trabajo más (manejar un taxi), de alguna manera L los llegaba a descalificar por momentos con otra demanda. Esto daba la impresión de que así como se obtenían avances se daban retrocesos.

Sin embargo, y a pesar de esto, en lo personal y en mi calidad de terapeuta sentí que esto era natural y lo llegué a ver como un proceso en el cual L en su momento se llegaría a



dar cuenta de lo irreal que eran sus demandas (conclusión a la que se había llegado conjuntamente con el equipo terapéutico).

Como se mencionó en el resumen, el proceso fue interrumpido por L debido a que se molestó por el mensaje que le dio uno de mis compañeros. A este respecto quisiera señalar que este mensaje no fue el que habíamos acordado durante la intersesión y probablemente mi compañero no lo entendió bien. Es posible que el mensaje dado por el equipo haya tocado algo en L como para tener esa reacción de enojo, que por otra parte, debo decir que a mí como terapeuta me sorprendió, pues como lo señalé líneas arriba, el trato entre ellos y yo fue bastante cordial. También es dable que L repitiera la misma pauta de descalificación, pero ahora hacia el equipo, conclusión a la que también se llegó.

#### ***Análisis del modelo como intervención***

El proceso de intervención de acuerdo al modelo estuvo enfocado en primer lugar a identificar el problema y la interacción que se daba alrededor de él, por lo que el siguiente paso fue tratar de romper con estas interacciones, así como la percepción que tenía L de A.

Creo que el modelo de terapia breve -al igual que los demás modelos-, tiene sus alcances y limitaciones y evidentemente éstas tienen sentido desde mi propia postura; es decir, lo que para mí puede ser una limitación para otro terapeuta puede ser una de sus bondades.

En este marco quisiera expresar mi experiencia como terapeuta con este modelo. En términos generales me pareció bastante útil para precisar las demandas de los pacientes, así como para hacer propuestas concretas ante situaciones específicas; sin embargo, me sentí limitado al no poder hacerme de un panorama general de todo el contexto familiar: la relación del matrimonio con sus demás familiares, con sus hijas, de sus experiencias y sentimientos, de sus redes sociales y de apoyo, etc., lo cual para mí, me resulta indispensable.

Un ejemplo de esto fue cuando A comentó lo deprimido que se había sentido cuando lo liquidaron de su empleo en el banco. El impacto de este evento fue que se sintió triste y decepcionado, pues sabía que ya no iba poder dar lo mismo a sus hijas y a L; también lo hizo sentirse desanimado y con pocas ganas de seguir adelante. L había interpretado esto como una apatía y una falta de responsabilidad de A, lo cual le había ocasionado cierto resentimiento hacia a él. La importancia de abrir este evento fue que L pudo tener la

oportunidad de reinterpretarlo, propiciando en ese momento cierta comprensión hacia por A, al grado de llorar cuando él lo narró. Es por demás decir que a partir de ese momento la relación entre ellos mostró cierta mejoría y L se mostró más empática y receptiva a los sentimientos de A.

Lo que quiero resaltar aquí es que, el que A nos haya compartido esta experiencia fue hasta cierto punto circunstancial, pues para lograr esto, tuve que explorar un poco el pasado, y en este sentido, contravenir al modelo, pues éste hace énfasis en el aquí y ahora.



**\*\* Caso 2**

Modelo de intervención: Milán

Supervisora: Mtra. Carolina Díaz-Walls

---

**Datos de identificación.**

E: 69 años de edad, jubilado.

Y. O: 69 años de edad, se dedica al hogar.

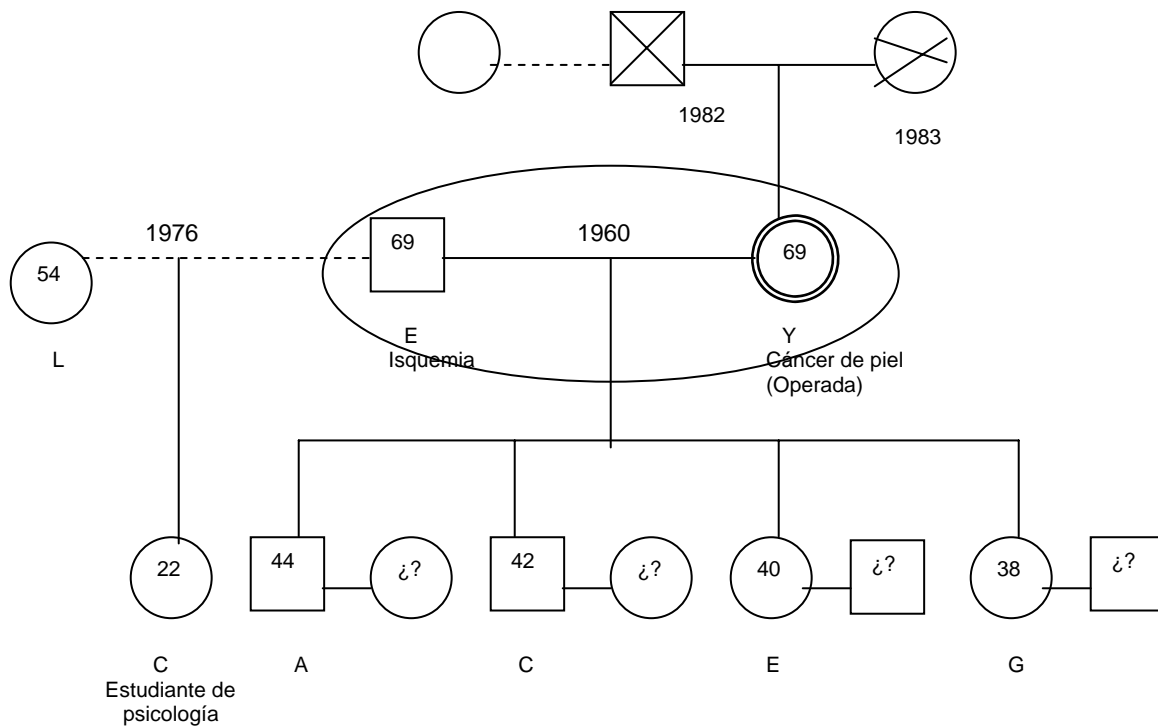
Hijos: A de 44 años de edad, C de 42 años, E de 40 años y G de 38 años.

De ellos no tenemos mayores datos por la brevedad del proceso.

C: 22 años de edad, estudiante de psicología.

L: fue secretaria de E, con quien mantuvo una relación extramarital desde 1976, de la que nació C.

**Familiograma**



## ***Resumen***

Se presentó la señora Y de 69 años de edad expresando que dos meses antes de acudir a terapia su esposo le confesó a ella y a sus hijos que tenía una hija de veintidós años producto de otra relación y de quien había estado al tanto desde que nació. La señora Y expresó que lo que más le dolía era haberse sentido engañada y no haber querido darse cuenta de esta situación -inclusive que sus hijos desde que eran chicos le habían hecho comentarios relacionados a que su papá tenía una amante, pero ella reaccionaba negándolo por ellos mismos. Asimismo expresó que su motivo de consulta era saber si podría llegar a recobrar la paz con la que había vivido hasta antes de la confesión de su esposo. Sin embargo, es importante señalar que al preguntársele acerca de cómo era su relación con él a partir de este hecho, ella comentó que hasta ese momento se llevaban bien, pues como su esposo no se encontraba bien de salud no quería que él pudiera morir por un disgusto, aunque reconocía que había momentos en los que se sentía molesta con él. Por otra parte, comentó también que aproximadamente hacía un año le habían diagnosticado a ella cáncer en la cara, por lo que fue intervenida quirúrgicamente y esto la había llevado a tomar las cosas con calma y a estar consciente de que lo mejor era llevar una vida en paz con su esposo. Cabe mencionar que un aspecto significativo que resaltó la señora era la confusión de sentimientos que le había despertado toda esta situación de la hija del señor, ya que no sabía si estaba bien sentirlos o no. No obstante, le quedaba claro que lo que quería era llevar una buena relación con su esposo y recobrar la paz que tenía antes de que él revelara lo de su hija y que en este sentido ella estaba dispuesta a aceptar las cosas y a querer a C porque finalmente era hija de su esposo -al que por otra parte quería mucho. Al llegar la tercera sesión llegó diciendo que se sentía como había querido estar; es decir, que sentía que había dominado la situación, que había perdonado, y que por lo tanto ya había superado el problema. Al preguntársele cómo es que había llegado a esto, ella comentó que todo fue a raíz de que estuvo reflexionando lo que pasó cuando sus padres murieron, ya que siente que entonces -al igual que ahora-, se encontraba en una situación difícil y que de un momento a otro desapareció su malestar. Del mismo modo, nuevamente reiteró lo que había dicho en las dos sesiones anteriores: que dado que, tanto ella como su esposo se encontraban ya “al

cuarto para las doce”, había concluido que lo mejor era vivir tranquilos el tiempo que les quedaba, razonamiento que le devolvió la paz que ella deseaba. Por último, el equipo le envió un mensaje en el cual se le felicitaba por su sensatez para asumir su vida, así como que la actitud positiva que había tomado había sido muy importante en todo esto.

#### ***Motivo de consulta***

Acudió la señora Y expresando que dos meses antes su esposo le había revelado que tenía una hija de veintidós años de edad, producto de una relación extramarital con la que fue su secretaria por muchos años. Su problema era que esta confesión había propiciado la aparición de una serie de sentimientos ambivalentes respecto a su esposo y quería saber si podría volver a vivir con la calma con la que lo había hecho hasta antes de que hubiera sido aquella revelada. Cabe indicar que estos sentimientos podían asociarse en alguna medida a sus creencias de lo que consideraba debía ser una “buena madre” y una «buena esposa», como: el sacrificarse por los hijos, el aceptar al esposo tal y como es, etc.

#### ***Soluciones intentadas***

Dado lo reciente del acontecimiento, en realidad la señora no había intentado hacer nada todavía, en el sentido estricto de darla una solución. Sin embargo, una de las cosas que hizo fue poner al tanto de ello a sus hijos, aunque no se dio la oportunidad de explorar con qué fin.

#### ***Postura del paciente***

Antes de exponer cuál fue la postura del paciente, es necesario advertir algunos aspectos que, a consideración del terapeuta –y en consenso con el equipo terapéutico-, influyeron de manera determinante en el proceso –y por tanto en el resultado de éste. Así, habría que señalar que en un principio no fue fácil poder seguir el discurso de la señora pues éste se mostraba por momentos disperso y fragmentado; lo mismo podríamos decir de algunas de sus reacciones fuera de contexto, como el reírse sin aparente motivo, situaciones que por un momento nos llevaron a pensar en quizás algún problema o deterioro cognitivo, posiblemente por su edad y la operación que tuvo a raíz del cáncer que le diagnosticaron el año anterior al que acudió con nosotros; incluso la conciencia de su misma edad –y la de su esposo- la había llevado a hacer comentarios que implicaban una etapa final de su vida.

Todas estas circunstancias explican de alguna manera que la posición de la señora frente al problema haya sido, hasta cierto punto de resignación y conformidad.

***Evaluación de la familia -Modelo McMaster-Identificación y solución de problemas.*** Este matrimonio, en etapa de nido vacío, a pesar de vivir de la jubilación del señor (es relevante apuntar que durante su vida laboral el señor tuvo un cargo de director en una empresa importante, por lo que el monto de aquella está por arriba del promedio), se encuentra en una posición hasta cierto punto desahogada ya que también recibe apoyo económico por parte de los hijos.

En el plano afectivo si consideramos que el señor había procreado una hija fuera de su matrimonio y esto había sido un «secreto a voces», es plausible entonces que la familia aprendiera a vivir con ello (aunque no tenemos mayor información al respecto, esto se deduce de algunos comentarios que hizo la señora referente a que sus hijos «sabían» o intuían esta relación, pues ellos mismos habían hecho alusión a ella desde pequeños). La cuestión aquí es que el padre hizo valer su jerarquía y su posición de autoridad para no verse cuestionado, por lo que esta situación nunca fue abierta explícitamente por la familia.

***Comunicación.*** La retrospectiva que hizo la señora de cómo se dio la relación de su esposo con su secretaria revelan que a pesar de tener ella ciertos indicios, no hizo por hablarlos con su esposo, lo que nos indica que la comunicación, por lo menos en este aspecto no fue clara ni directa. En el caso de los hijos con relación a su padre, como ya se mencionó el haber hecho éste valer su jerarquía hizo que este tema no fuera tocado; no así en el caso de los hijos con la señora, que aunque lo llegaron a hablar, sólo lo insinuaban de manera indirecta.

***Roles.*** Siendo una familia tradicional, fue el señor quien durante su vida laboral asumió los gastos de la casa y de sus integrantes, dedicándose la señora al hogar y a la atención y cuidado de los hijos. Incluso al día en que la señora se presentó en la clínica, la administración del dinero corría a cargo del señor, mientras que ella se dedicaba a atender las necesidades de la casa.

***Respuesta afectiva.*** Tocante a la respuesta afectiva de la señora habría que diferenciar dos momentos en su vida. Uno, en la etapa de cuando se habían dado indicios de que su esposo tenía una «amante», según sus propias palabras, y en la que su reacción fue de negación, y otro en el momento de la confesión del esposo, en la que su reacción fue de dolor y enojo.

Constancia de esto fue el haber comentado que le dolía haberse sentido engañada y no haber querido darse cuenta de la infidelidad de su esposo en ese entonces, a pesar de los comentarios que sus hijos siendo chicos le hacían al respecto.

Con relación a los hijos, la señora comentó que la reacción de ellos a la confesión de su padre fue de enojo, sin tener más detalles de ello. Desafortunadamente tampoco pudimos indagar la forma en que el padre se mostró a la hora de revelar lo de su hija.

***Involucramiento afectivo.*** Es difícil aseverar si la procreación de la hija fuera del matrimonio por parte del señor se debió a una falta de compromiso con la señora, o si esto respondió a una pauta «común» en ciertas familias de esta generación (no quiero decir que esto no se dé también en la actualidad). Del mismo modo podríamos preguntarnos de si la reacción de la señora del «no querer darse cuenta» y seguir el juego de la «casa chica» fue por no dejar a sus hijos sin la protección –económica– del padre (como ella misma lo comentó) o también por una falta de compromiso. En todo caso, para la señora lo más significativo es que su esposo había decidido quedarse con ella y esto implicaba que, tanto ella como sus hijos, habían sido lo más importante para él.

Referente a la relación padre-hijos lo que se percibió es que, al parecer ha habido poco involucramiento afectivo por parte de él hacia ellos, debido quizás a su actitud de mantener su lugar de jerarquía y autoridad y limitarse a su rol de proveedor; no así en el caso de ellos que al parecer se muestran más atentos a las necesidades de él y que se evidencia en el apoyo económico dado y el cuidado debido a su padecimiento físico.

***Control de la conducta.*** Siendo una familia donde las decisiones las ha tomado el padre y éstas no se han cuestionado –ni se cuestionan todavía a pesar de la etapa en que encuentra la familia y de la infidelidad abierta–, podemos afirmar que el control de la conducta de la familia se ha caracterizado por ser rígido.

### ***Enfoque***

Se trabajó bajo el modelo de Milán durante sólo tres sesiones (incluyendo la de cierre) sólo con señora Y. Cabe mencionar que, a pesar de que llegó en compañía de su esposo a la clínica, éste se quedaba en la sala de espera, pues según ella era un asunto que él no quería trabajar en este espacio.

### ***Objetivo de la terapia***

De acuerdo a la demanda de la señora se había planteado como objetivo principal trabajar sobre la pertinencia de los sentimientos experimentados a partir de la confesión de su esposo, así como el cause que tenía que darle a los mismos.

### ***Estrategia de intervención***

Considerando que la estrategia de intervención del modelo de Milán se desarrolla a partir de la premisa de que la información es cualquier diferencia que hace una diferencia, a continuación se presentan algunos elementos que se consideran fundamentales para introducir esta información en el sistema, como son: la hipótesis (cuya función es la de ser el punto de partida y dirección del proceso terapéutico), las creencias (que permiten establecer una categoría de los integrantes de la familia en función de un evento o creencia), función del problema en el sistema familiar (para puntualizar la circularidad de las interacciones entre los integrantes), diferencias antes y después del problema (para establecer diferencias en el tiempo, es decir, cómo se ve el sistema a sí misma ahora y cómo se ve a través de su historia) e intensidades de la participación (que también permiten establecer una categoría de los integrantes frente a un evento).

**Hipótesis.** Considerando la etapa de vida que viven la señora Y y su esposo, así como las enfermedades que aquejaban a ambos, es probable que el señor no quiso llegar al final de su vida con cierto remordimiento y por eso optó por decir lo de su hija.

**Creencias.** De acuerdo al discurso de la señora coincidí en que su sistema de creencias giraba en gran parte en relación al deber ser de una “buena madre”; es decir, el sacrificio que tiene que hacer -aceptando cualquier cosa-, en bien de los hijos; y la aceptación y apoyo incondicional al esposo ubicándola, no solo como una “buena madre” sino también como una “buena esposa”.

**Función del problema en el sistema familiar.** Una de las pautas observadas en la señora Y era su tendencia a la negación. Esto se pudo observar a partir de lo dicho en las sesiones: que ella en realidad se había dado cuenta de que su esposo mantenía esta relación pero que siempre lo negó por una razón: el considerar que esto le permitía proteger a sus hijos en una edad en que ellos dependían del padre y en este sentido por mantener unida a la familia, así



como considerar que su “papel” era estar al lado de su marido en los compromisos que por su puesto, él tenía.

Con relación a los hijos no se pudo obtener la suficiente información como para poder determinar cuál era la pauta de ellos con el papá, excepto que habían reaccionado con molestia –sobretudo los hombres, aunque también la hija más chica, pues a decir de la señora, ésta mantenía una relación muy cercana con su papá.

Concretando, -y de acuerdo con lo dicho por la señora misma durante la última sesión-, la función de su negación ante la infidelidad fue la de mantener unida a su familia y de evitar que el esposo pudiera morir debido a alguna emoción derivada de una confrontación.

**Diferencias antes y después del problema.** Aquí habría que marcar dos momentos en la interacción de la señora Y con su esposo. Uno cuando ella dice que se da “cuenta” de la infidelidad marcando una distancia con su esposo, refugiándose en la atención de su negocio y de sus hijos (de hecho ella reacciona defendiendo y justificando a su esposo diciendo que se encontraba trabajando); y el otro, cuando el señor le confiesa lo de la hija, lo cual da paso a la presencia de los sentimientos ambivalentes hacia él y que ella se pregunta y pregunta al equipo si son normales.

En cuanto a la interacción del señor con los hijos, no se pudo obtener información sobre si ésta había cambiado y cómo. Lo único que supimos fue que la hija más chica era quien mostraba una relación más cercana con el padre, como ya se mencionó.

**Intensidades de la participación.** La poca información que poseímos estaba referida básicamente a que fueron los hijos varones quienes reaccionaron con mayor molestia hacia el padre. Sin embargo, la señora también comentó que de los cuatro, la hija menor era la que más sentida se encontraba hacia el padre por esta cercanía que tenía hasta antes de su confesión. Ella por su parte, como ya se ha señalado, reaccionó con sentimientos ambivalentes hacia su esposo, aunque al final optó por aceptarlas con resignación.

### ***Intervenciones***

#### ***Primera sesión***

***Elogio.*** Se validó su sensatez y sabiduría para afrontar la infidelidad de su esposo.

*Normalización.* Esto se utilizó cuando se le dijo que los sentimientos ambivalentes experimentados eran una reacción normal cuando se pasa por una situación de engaño.

También se utilizó para decir que, de acuerdo a nuestra cultura, el papel de la mujer contempla la crianza de los hijos.

*Elogio.* Se le validó como una mujer que tenía los recursos suficientes para poder salir adelante con su problema y que hubiera sabido aprovechar la experiencia que le había dado la vida.

### *Segunda sesión*

*Reencuadre.* Cuando se le dijo que parte de amar a una persona no excluye el tener sentimientos opuestos.

*Metáforas.* Con respecto al punto anterior se hizo alusión a una canción que dice “te odio y te quiero...”

*Pregunta reflexiva.* Se le hizo la pregunta de que “el hecho de estar hablando sobre la infidelidad y poner las cartas sobre la mesa, ¿qué beneficios cree que les traerá?”.

Se le pidió que hiciera una lista de los sentimientos experimentados para poder trabajar con ellos.

### *Tercera sesión*

*Elogio.* Se elogió el hecho de que tuviera un pasatiempo tan creativo, como lo es el emplomado.

*Pregunta reflexiva.* Se le preguntó que, considerando que mucho de lo que hacemos refleja algo de nosotros, qué dirían de ella sus creaciones.

### ***Logros terapéuticos***

Si bien la brevedad y la forma tan inesperada de terminar el proceso por parte de la señora pueden poner en tela de juicio la utilidad de la terapia para ella –desde el punto de vista estrictamente terapéutico-, lo cierto es que tomó esta decisión porque desde su percepción había solucionado su problema, esto es, recobrar la paz que ella dudaba volver a tener –lo cual en sí mismo, es un logro terapéutico.

Así pues, para entender la decisión de la señora, un factor elemental, desde la posición del terapeuta, es advertir la importancia de cada una de las etapas del ciclo vital en la que se encuentra cualquier familia y la pertinencia de la intervención de acuerdo a ésta

(por lo menos para el modelo de Milán). En el caso de la señora, es comprensible que, dada su edad y la de su marido, así como los padecimientos de ambos, la llevaran a cuestionarse qué tanto valdría la pena confrontar al esposo con su situación o el dolor que le ha causado, como ella misma la expresó, cuando consideró que dadas sus condiciones están más bien al final de su vida y lo único que quiere es que ambos la terminen en armonía.

#### ***Análisis del proceso***

Considerando que el objetivo de la primera sesión fue lograr el enganche adecuado con la señora Y, el actuar estuvo dirigido a escuchar y proporcionar contención a través de una actitud empática, de respeto y atención, lo que permitió que se lograra el objetivo. Durante la segunda y tercera sesión se trató de establecer diferencias a través de preguntas de antes y después, de qué podrían opinar los hijos y el esposo de la señora respecto a su actitud de perdonar, de establecer un vínculo con C, etc.

Entre los detalles que más llamaron la atención de su discurso fue, como ya se mencionó, sus ideas dispersas, la repetición de eventos como si no me los hubiera mencionado anteriormente, el que en la tercera sesión me hubiera dicho que llevábamos ya varias sesiones cuando sólo habían transcurrido dos. Esto también dificultó que pudiera dar una secuencia a las intervenciones de acuerdo al modelo, sobre todo al hacer las preguntas.

Sin embargo, no obstante la dificultad para trabajar con la señora se consideró que se obtuvieron algunos logros relacionados al método del modelo como son:

- ❖ El uso de la información recabada durante la exploración del motivo de consulta y de la valoración de la etapa de vida en que se encontraba la pareja para establecer la hipótesis
- ❖ La utilidad de ésta, ya que de alguna manera pudo explicar por un lado, la razón por la cual el señor abrió su “secreto”, y por otro, la reticencia de la señora para efectuar cambios en esta etapa de su vida y en este sentido guiar el trabajo del terapeuta y del equipo
- ❖ El empleo de la retroalimentación como información, específicamente cuando se validaron los sentimientos de ambivalencia experimentados por la señora a partir de la confesión de su esposo

- ❖ La introducción de información nueva en el sistema como cuando se le preguntó a la señora durante la tercera sesión que, qué podría estar proyectando de sí misma a sus hijos y esposo al tomar la decisión de aceptar a su esposo -y a la hija de éste-, a pesar de la infidelidad

Por otra parte, aunque el equipo mostró interés en el proceso, creo que su participación fue limitada debido a que le costó trabajo percibir con claridad el discurso de la señora, así como por sus reacciones fuera de contexto, aunque finalmente empezó a generar hipótesis y sugerencias a través de lo explicado por el terapeuta de lo que sucedía en cada sesión.

Desde mi posición de terapeuta debo decir que sentí un respeto y un interés de la supervisora por mi sentir como tal y como persona, lo cual me inspiró confianza para poder desenvolverme con soltura y seguridad dentro del contexto terapéutico. Asimismo, considero que propició la generación de ideas en el equipo y propuso una guía a las intervenciones encaminadas a la aceptación de los sentimientos de la señora, de evitar una posible resistencia, etc. En lo académico pienso que logró establecer una atmósfera de respeto, de pluralidad en las ideas, (hasta de humor), pero al mismo tiempo de moderación cuando nuestras propuestas fueron demasiado entusiastas. Todo esto facilitó un aprendizaje activo y rico en perspectivas.

#### ***Análisis del modelo como intervención***

El modelo de Milán me pareció un modelo un tanto complejo y simple a la vez. Complejo porque los recursos con los que cuenta -como las preguntas circulares, la posición del terapeuta, etc.- para poder introducir información al sistema me parecen vastos y de una gran riqueza; y simple por la premisa en que se basa: que la introducción de información al sistema lo modifica. Ahora bien, mi experiencia como terapeuta con el modelo al momento de atender este caso no fue como hubiera querido por al menos tres razones: una es que fue muy poco el tiempo entre el aprendizaje teórico y la puesta en práctica; la otra, por la extensión y complejidad de sus recursos; y la tercera, debido a las dificultades que mostraba por momentos la señora para seguir el curso de la plática, obstaculizando la continuidad del proceso y la exploración de las diferencias. No obstante, después de haber concluido esta

experiencia y a medida que lo he seguido estudiando, me he ido dando cuenta de sus alcances (uno de ellos es que en el caso de sus preguntas me habían parecido que eran la base de los modelos posmodernos, reflexión que vi confirmada posteriormente por algunos autores).



**\*\* Caso 3**

Modelo de intervención: Soluciones y Narrativo

Supervisora: Mtra. Nora Rentería

---

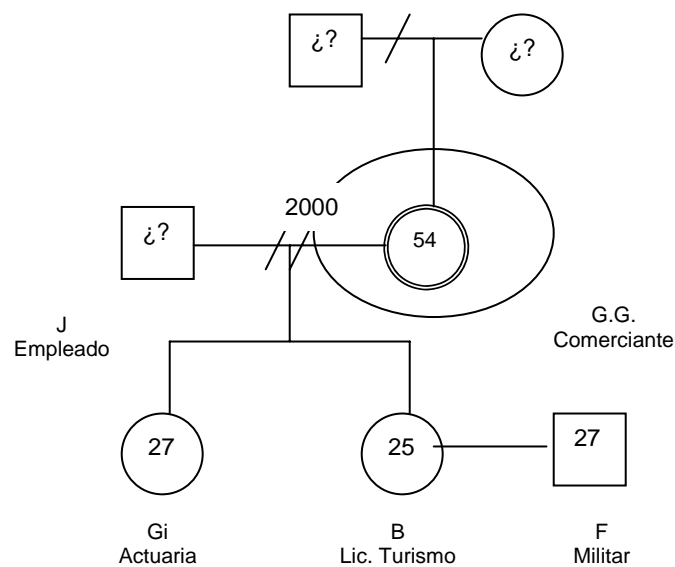
**Datos de identificación.**

G. G: 54 años de edad, atiende una pequeña papelería de su propiedad.

Hijas: Gi, 27 años, actuaria, empleada en una empresa privada.

B: 25 años, licenciada en turismo, casada, dedicada al hogar.

**Familiograma**



**Resumen**

Se presentó la señora G demandando atención debido a tener dificultades de ansiedad, insomnio, tristeza. Durante la primera sesión comentó tener también problemas legales por la disputa de su casa debido al proceso de separación de bienes que se dio a partir de que se divorció de su esposo hacía desde cuatro años, ya que éste demandaba la mitad de su valor. A este respecto dijo sentir tristeza e inconformidad debido a que fue ella quien aportó la mayor parte de los bienes, incluyendo su casa, a la cual le daba, además, un valor sentimental. Explicó que el motivo de divorcio se debió a que durante el tiempo que vivió casada padeció de violencia física y psicológica por parte del marido. Durante la segunda

sesión habló de la tristeza que tenía, ya que sus hijas se habían “ido” de la casa; sin embargo, al explorarse en su momento este tema con las hijas, lo que se observó fue que en realidad ellas habían decidido hacer su vida de manera independiente. En el caso de Gi, ella había decidido ir a vivirse sola porque no le gustaba la zona en la que vivían; mientras que B había decidido casarse. No obstante, ella interpretó esta separación como una consecuencia de haber sido una «mala madre» por no haberles dado una familia y un padre como ella hubiera querido. Este fue el discurso dominante durante las siguientes sesiones y al cual nos avocamos, tratando de cambiar su percepción de sí misma, ya que cuando se presentaron sus hijas, lo que observó, tanto el terapeuta como el equipo terapéutico, fueron dos personas seguras, alegres, que saben lo que quieren y con una profesión. Como se acaba de mencionar, dado que lo que más la hacía sentir triste y por ser el discurso dominante, era la idea de que había sido una mala madre, el proceso terapéutico estuvo dirigido a cambiar dicha percepción. Finalmente, después de seis sesiones se empezaron a dar cambios en ella, en el sentido de ya no sentirse tan mal, de haber comprendido que era natural que sus hijas buscaran hacer su vida y que ella tenía que pensar en sí misma. Durante la última sesión con el modelo de soluciones se le pidió que se evaluara en una escala del 1 al 10 cómo había llegado la primera vez y cómo se sentía en ese momento, esto con la finalidad de evaluar nosotros mismos cómo iba el proceso; ella comentó que cuando llegó se sentía en el 1, y que en ese momento se sentía en el 7. La segunda parte del proceso se abordó desde el modelo de terapia narrativa y estuvo enfocado a seguir cambiando la imagen de mala madre, a fortalecer una imagen más positiva de ella misma y a deslindar su responsabilidad en lo que aportó como madre a sus hijas.

### ***Motivo de consulta***

La señora G acudió a solicitar atención debido a que presentaba problemas de ansiedad, insomnio y tristeza, identificando como causa el proceso legal sobre la propiedad de su casa a raíz de su divorcio. Sin embargo, durante la segunda sesión comentó también sentirse triste por el hecho de que sus hijas se hubieran «ido» de la casa, debido, según ella, a que se cansaron de la situación en que habían vivido mientras estuvo casada, ya que padeció de violencia física y psicológica por parte de su exesposo, lo cual la hacía sentirse una «mala madre» por no haberles dado una familia diferente.

### ***Soluciones intentadas***

Respecto a la violencia vivida durante el tiempo que estuvo casada con su exesposo, la señora G comentó que una de las soluciones que buscó en un principio fue el buscar apoyo con su madre, quien respondió negándosele diciendo que tenía que aguantarse y «cargar con su cruz», pues después de todo había sido decisión de la señora G el haberse casado. Esta reacción de su madre hizo que la señora se resignara y tuviera que vivir durante muchos años esta relación de maltrato, hasta que tomó la decisión de divorciarse.

En cuanto a los problemas de insomnio, ansiedad y tristeza experimentados a raíz de la disputa por la casa con su marido, la señora G manifestó que no había hecho nada, hasta que decidió venir al centro de atención psicológica.

### ***Postura del paciente***

Dado el tiempo que la señora G vivió bajo esta relación y de que consideraba que nunca se había sentido escuchada por alguien, la señora mostraba una gran necesidad de contención, por lo que el espacio representó para ella un lugar donde pudo satisfacerla. De hecho, podríamos decir que era tal ésta, que parte del espacio terapéutico lo ocupaba no para buscar una solución en sí, sino para cubrir dicha necesidad, lo que representaba una dificultad para la aplicación del modelo de terapia breve aplicado durante la primera fase de atención debido a la orientación de éste, no así bajo el modelo de terapia narrativa, donde esta necesidad se aprovechó para explorar su discurso y sus creencias para trabajar en ellas.

***Evaluación de la familia -Modelo McMaster- Identificación y solución de problemas.*** Aparte del problema planteado por la señora como motivo de consulta, estaba el relacionado a la disputa legal sobre la casa -que según ella propició la aparición de los síntomas de insomnio y ansiedad. Éste representaba un problema, además del estrés que le originaba el estar asistiendo a las audiencias, por el hecho de que constituía un gasto económico demasiado pesado para ella pues tenía que estar pagando a los abogados que llevaban su caso. La cuestión era que se mantenía sólo de una pequeña papelería de su propiedad, y que según ella las ganancias no daban lo suficiente como para afrontar dichos gastos; no obstante, dejó entrever que algunas veces se veía apoyada en este sentido por unos sobrinos -aunque no dio más detalles sobre ello.



Por otra parte, la creencia de que había sido una «mala madre», le hacía querer compensar esta «carencia» apoyando económicamente a B, dado que era ella quien demandaba más apoyo en este aspecto. Con Gi no tenía problema pues, además de contar con un empleo desde su etapa de estudiante, también se había impuesto ser autosuficiente.

En el plano afectivo y con relación a la tristeza sentida por la salida de sus hijas de casa, aunque decía estar consciente de que tenía que dejar que hicieran su vida, lo cierto es que ella sentía cierto alejamiento por parte de ellas y no se atrevía a plantearlo explícitamente por sentir que estaría dándoles molestias.

**Comunicación.** Esta negación de la señora para expresar sus puntos de vista, sus preocupaciones y sus necesidades con sus hijas, por considerar que al hacerlo estaría dando preocupaciones, muestra la dificultad que tenía para comunicarse con ellas. En el caso de Gi y B, a pesar de que la señora sentía cierto distanciamiento entre ellas por diferencias en su forma de ser, en realidad, cuando se presentaron a las sesiones lo que se observó fue un mayor contacto entre ellas que con su mamá. A este respecto, es conveniente comentar que dado que no había este contacto entre madre e hijas, la señora optaba por apoyarse y expresar sus necesidades en gente cercana a ella, como algunos vecinos y familiares, lo que les molestaba a ellas.

**Roles.** En el caso de las necesidades instrumentales, aun desde que la señora estaba casada y sus hijas eran chicas, ella había asumido el papel de proveedor mayoritario ya tenía un trabajo estable, lo que según ella, propició que su exmarido se desentendiera en gran medida de esta responsabilidad. Es debido a esto que para la señora la disputa por la casa le causaba este desgaste emocional, pues consideraba que era injusto que siendo ella la que más aportó para su adquisición, él quisiera la mitad de su valor.

Asimismo, considerando que fue ella quien también asumió la responsabilidad de la educación de sus hijas, podemos decir que no sólo asumió el rol de proveedor, sino también el de proporcionar apoyo emocional hacia ellas.

**Respuesta afectiva.** La reacción de la señora a los problemas experimentados a partir del litigio por la casa y de la salida de las hijas, se consideraron como algo esperado en una situación así por parte del equipo terapéutico. En el caso de las hijas, lo que llamó la atención del terapeuta es que en una de las sesiones en que la señora soltó a llorar, éstas se mostraran

un tanto indiferentes a ello; esto me hacía pensar que, siendo quizás ésta la única forma de expresar su dolor la señora, ellas se hubieran llegado a habituar, que les pareciera algo natural ver llorar a su madre sin sentirse sensibles o afectadas.

***Involucramiento afectivo.*** Esta indiferencia llevó a vislumbrar un distanciamiento afectivo entre madre e hijas, por lo menos hasta cierto grado; es decir, no es que no se preocuparan por ella, sino que simplemente se habían hecho insensibles a la forma en que ella expresaba sus sentimientos de tristeza o tal vez consideraban que su reacción era desproporcionada a la situación. Sin embargo, en el caso de Gi, reconocía que dada la experiencia vivida con su padre, consideraba que ella misma había tenido que desarrollar esta actitud de dureza y exigencia (lo que por otra parte, a veces le traía ciertas dificultades en otros ámbitos) y de ahí que mostrara la misma actitud hacia su madre.

***Control de la conducta.*** Desconocemos cómo es que se dio este aspecto en la familia, mientras estuvo el padre presente. No obstante, considerando que la señora vivió una situación de violencia con él, podemos deducir que fue un control rígido, por lo menos del señor hacia la señora. En el caso del padre hacia las hijas no llegamos a tener la información necesaria para establecer cómo entre ellos. Lo que si podemos afirmar es que desde el momento en que se dio el divorcio y que las hijas se quedaron con su madre, a pesar de los sentimientos de tristeza generados por su partida, es la señora ha mostrado flexibilidad y respeto hacia las decisiones de su hijas.

### ***Enfoque***

Se trabajó en una primera etapa con la señora bajo el modelo de terapia breve durante siete sesiones, mientras que las ocho restantes bajo el modelo de terapia narrativa. Se trabajaron dos sesiones con madre e hijas juntas (tercera y cuarta), otras dos sólo con la señora y B (sexta y novena) y las restantes solamente con la señora.

### ***Objetivo de la terapia***

Dado el discurso dominante de la señora en el sentido de considerarse una “mala madre”, se planteó como objetivo tratar de cambiar esta percepción.

### ***Estrategia de intervención***

Considerando que la primera etapa del proceso terapéutico se desarrolló bajo el modelo de terapia breve (por las razones académicas y de tiempo, ya mencionadas) se

procedió a incidir en su creencia de que había sido una «mala madre», para lo cual se hizo uso del elogio, de la resignificación, de la despatologización, de enfocar el futuro y ubicación en una escala. Para la intervención bajo el modelo de terapia narrativa, se retomó la historia contada por la señora durante la primera etapa y nos enfocamos a la reconstrucción de su creencia dominante.

### ***Intervenciones***

***Elogio.*** Esta intervención se aplicó en diferentes momentos del proceso para resaltar la responsabilidad mostrada para con sus hijas, así como los momentos de alegría que les había dado a pesar de las dificultades que tenía con el exesposo.

***Resignificación.*** En este mismo sentido y en relación a su comentario de sentir haber dejado muchas veces solas a sus hijas y de convivir poco con ellas -debido a que tenía que ir a trabajar-, se le dijo que lo más importante es la calidad y no la cantidad de los momentos que se pasan juntos, y que siempre se recuerdan los momentos más agradables, aun cuando estos sean pocos.

***Despatologizar.*** En diversos momentos, se le comentó que le reacciones de la señora son hasta cierto punto normales de una persona que vivió durante tantos años violencia. Y que a pesar de esto nos asombraba verla con determinación y fuerza para sacar a sus hijas adelante y que en este sentido, su caso no se parecía a muchos otros.

***Preguntas (comentario) reflexivas.*** Se le hizo ver que en muchas ocasiones cuando los hijos han emprendido una vida de pareja es mejor dejarlos que ellos mismos construyan su relación, con todo lo que ello implica: pasar carencias, superarse, hacerse de un porvenir, etc., pues son aspectos que hacen que una pareja se valore más así misma y se fortalezca.

***Enfocando al futuro.*** En algún momento se le preguntó qué se veía haciendo una vez que hubiera solucionado el problema legal de la casa, a lo que ella respondió que viviendo en provincia, en un lugar tranquilo.

***Excepciones.*** En diversos momentos se buscó resaltar sus cualidades y enseñanzas que había tenido para poder sacar a sus hijas adelante y de esta promover una imagen positiva de ella.

***Ubicación en una escala.*** Al final del proceso terapéutico con el modelo de soluciones se le pidió que se evaluara en una escala del uno al diez, de cómo se sentía cuando llegó y de cómo se sentía en ese momento. Ella respondió que se sentía en el número siete.

*Desde el enfoque de la terapia narrativa.* El trabajo que se llevó a cabo con la señora G desde el modelo de terapia narrativa fue -como ya se mencionó-, primero, retomar su historia a partir de lo que nos había narrado durante la etapa del modelo de soluciones; segundo, retomar las excepciones encontradas en este relato a partir de preguntas como: «¿cómo hizo para poder darles una carrera a sus hijas?», «¿cómo hizo para transmitir el sentido de responsabilidad en sus hijas?», «plátiquenos sobre algunos momentos en los que haya disfrutado un momento feliz con sus hijas», «¿qué dicen estas cosas sobre usted?», etc.; tercero, profundizar en estas excepciones ensanchando los significados encontrados a partir de estas nuevas narraciones. Del mismo se introdujeron diversas voces a través del uso del equipo reflexivo desde diferentes posiciones que resaltaban su labor como madre: así, se dejaron escuchar las voces de las madres, de los hijos, de los padres.

### ***Logros terapéuticos***

La señora G reportó haber disminuido su ansiedad al grado de poder dormir y sentirse un poco más relajada.

Entendió que el hecho de que sus hijas hubieran decidido separarse e independizarse para hacer su vida, no había sido un abandono.

También comprendió que existen situaciones que están fuera de su alcance, como era el proceso legal que llevaba con respecto a la repartición de bienes con su exesposo y en este sentido no tenía caso angustiarse demasiado.

El que se ubicara dentro de la escala en el número siete, indicaba ya de acuerdo al modelo de soluciones, además de un pensamiento propositivo, que la señora tenía un cierto sentido de estar superando el problema.

### ***Análisis del proceso***

Este fue un caso difícil y conmovedor debido a toda la carga emocional contenida por la señora G. Las primeras sesiones fueron de una gran labor de contención pues estaba tan sensible que ante cualquier comentario que la hiciera recordar lo que había pasado con sus hijas lloraba. Sin embargo, el sentirse escuchada y comprendida fue de un gran alivio para ella, pues así lo manifestó durante muchas ocasiones. Esto propició que se mostrara muy cooperativa y receptiva hacia el trabajo de todo el equipo terapéutico.

Respecto a mi posición como terapeuta, siento que el respeto que tengo por la gente hizo que se me facilitara enganchar a la señora G a pesar de lo doloroso de su caso. Esto fue determinante para lograr un avance, pues como acabo de mencionar, la señora en diversos momentos agradeció el que hubiera encontrado una persona que la escuchara. Como persona, debo decir que estos casos de violencia –aunque no es un tema de mi especial interés- me indignan y quizá eso me ayudó a asumir una actitud empática hacia el problema de la señora.

Respecto al equipo terapéutico, al igual que en todos los casos, mostró un gran interés y apoyo, no solo para mí sino también para la paciente. Sus intervenciones cuando se hizo uso del equipo reflexivo me parecieron acertadas y sugerentes, pues siempre dieron nuevas interpretaciones y posibilidades. A todo esto, contribuyó de manera decisiva la supervisora pues es una persona que conoce y cree firmemente en las posibilidades de las terapias posmodernas.

#### ***Análisis del modelo como intervención***

Este caso ilustra bien lo que comenté acerca del modelo de terapia breve: no creo que un solo modelo pueda cubrir las necesidades de cada uno de los pacientes. Algunos tienen una gran necesidad de ser escuchados como fue el caso de la señora G; otros demandan orientaciones concretas. No obstante, en el caso del modelo de soluciones habría que señalar que dio resultados debido a que se aplicó con flexibilidad y se dio tiempo suficiente para la contención de la señora. En el caso del modelo de terapia narrativa, me pareció que éste se acopló más a las necesidades de la paciente, pues dio la oportunidad de explorar más aspectos de su historia y reflexionar acerca de ellos sin que me sintiera limitado o limitara a la señora.



**\*\* Caso 4**

Modelo de intervención: Colaborativo

Supervisora: Mtra. Patricia Moreno

---

**Datos de identificación**

A. G: 21 años de edad, estudiante de los últimos semestres de sociología.

J: 21 años de edad, estudiante de contaduría.

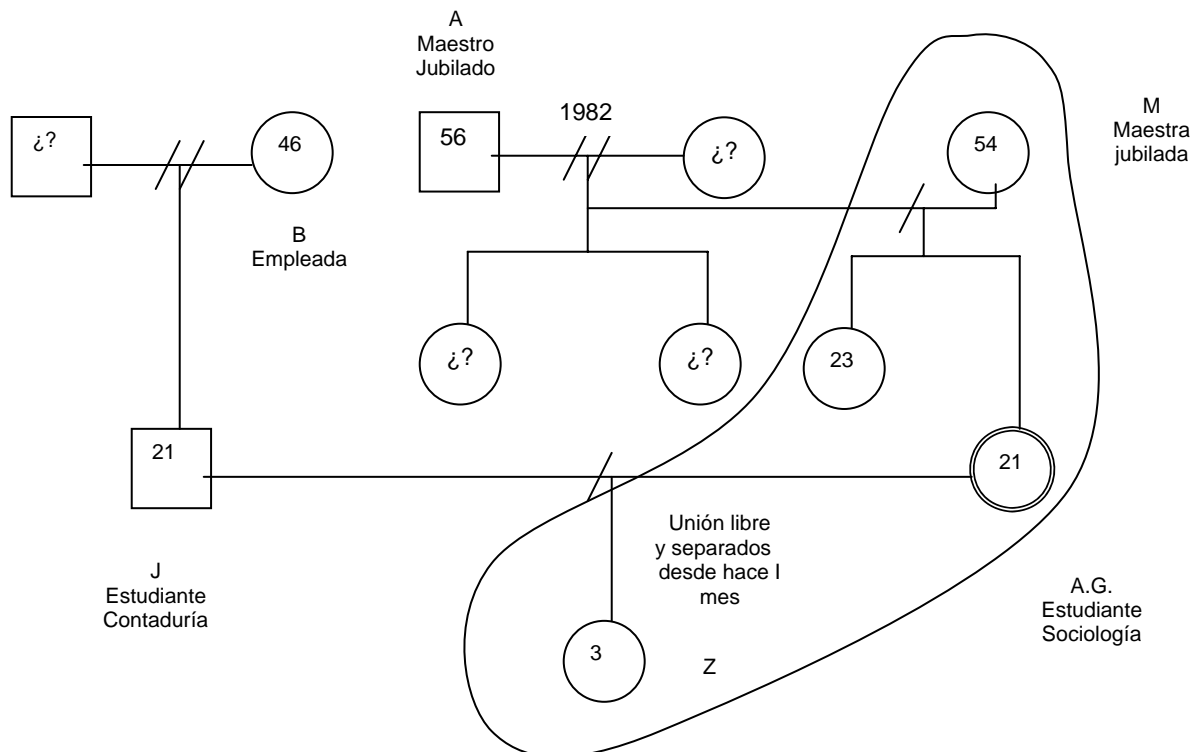
Hija: Z; 3 años de edad.

A: 56 años de edad, maestro jubilado.

M: 54 años de edad, maestra jubilada.

B: 46 años de edad, empleada.

**Familiograma**



## ***Resumen***

Acudió A de 21 años a solicitar atención debido a que se sentía confundida a raíz de su separación de su esposo J (también de 21 años). Ambos son estudiantes de los últimos semestres del nivel licenciatura. Ella se embarazó a los 17 años y actualmente tiene una hija, Z, de 3 años de edad. El motivo de separación se debió a problemas de violencia física, verbal y emocional por parte de J; aunque A reconoce que también se dio por parte de ella –aunque al parecer como una forma de defenderse. Lo complicado del asunto es que al parecer Z lo había empezado a resentir pues mostraba problemas de enuresis, situación que orilló a A a separarse de J (separación que se había dado un mes antes de que ella acudiera a pedir apoyo). En las dos siguientes sesiones expresó querer trabajar también sobre la relación con su papá, pues ésta había sido desde hacía mucho tiempo conflictiva. Habría que resaltar que A es una chica inteligente y con una gran capacidad de reflexión lo cual facilitó el proceso desde este modelo. Al final, dijo haber comprendido que no podía solucionar la vida de su esposo, ni cambiar la forma de ser de su papá, ya que esto había sido el motivo de su distanciamiento para con él.

## ***Motivo de consulta***

A llegó manifestando sentirse confundida pues un mes antes de llegar al centro se había separado de su esposo por problemas de violencia. Sin embargo, el motivo que realmente la había llevado a separarse fue el darse cuenta de la forma en que estaba siendo afectada su hija Z, pues empezaba a tener problemas de enuresis. Cabe señalar, no obstante, que durante la segunda sesión también llegó a manifestando querer trabajar la relación con su padre, pues se había caracterizado por ser conflictiva.

## ***Soluciones intentadas***

La solución que había intentado A a la situación de violencia vivida fue separarse de su esposo. Solución que por momentos le causaba duda, pues había ocasiones que Z preguntaba mucho por su papá o de por qué ya no iban a su casa con él, lo que le despertaba un sentimiento de culpa. Es pues esta razón la que le hizo pedir ayuda en la clínica.

### ***Postura del paciente***

Aunque la paciente llegó muy confundida, es fundamental señalar que mostraba una gran capacidad de reflexión, lo que facilitó por mucho el trabajo con el modelo asumido (colaborativo). Aunque también habría que mencionar que, en algún momento que se le preguntó cómo iba sintiendo el proceso, comentó que más bien ella esperaba que fuéramos nosotros quienes le dijéramos qué hacer y no «reflexionar» sobre su problemática (no obstante de igual forma terminó reconociendo que la manera en que se había llevado el proceso le había sido bastante útil).

Este aspecto es relevante pues demuestra que no toda la gente puede ser atendida desde un mismo enfoque, por muy bien que se lleve. En este caso, fue posible porque como ya señalé, ella tenía una gran capacidad de reflexión.

***Evaluación de la familia –Modelo McMaster-Identificación y solución de problemas.*** A pesar de estar estudiando tanto A como su esposo, en realidad tenían todo el apoyo económico por parte de sus padres, a tal grado que solventaban los gastos de ellos tres y ser la mamá de él quien les proporcionara una casa para vivir.

En el plano de la interacción, se puede decir que sólo A reconocía que había un problema en su relación de pareja, no así para su esposo, que de acuerdo con la versión de ella, para él problema era que A se había dio de la casa sin avisarle.

***Comunicación.*** Aunque el discurso de A era claro y directo hacia su esposo, los problemas suscitados hacían pensar más bien en cierta discrepancia en la percepción de lo que cada uno escuchaba. Para el equipo terapéutico lo que parecía pasar era más bien que J (el esposo) mostraba conductas poco adecuadas de acuerdo las responsabilidades que tenía ya como padre.

***Roles.*** Siendo una pareja de padres jóvenes en su etapa de estudiantes, como ya apuntó, quienes asumen el rol de proveedores han sido los padres. Incluso, en la atención de Z, la mayor parte de sus necesidades se ven atendidas por la abuela materna. Esto no quiere decir que tanto A como J, no la atiendan; de hecho A comentaba que a pesar de la separación algo que reconocía de J es que estaba al tanto de su hija, yendo por ella a la guardería, por ejemplo.



**Respuesta afectiva.** La reacción de A ante la situación de violencia fue sensata, y aunque le tomó tiempo, finalmente decidió que lo mejor para su hija y para ella misma era separarse. Incluso ante la duda y el sentimiento de culpa surgida por la separación, ha mostrado un adecuado afrontamiento buscando ayuda profesional; no así, en el caso de J quien lejos de aceptar acudir a terapia, había buscado culpar y chantajear a A.

**Involucramiento afectivo.** Para el equipo terapéutico esta situación en sí misma indicaba una falta de compromiso de J hacia A. Ella por su parte, había mostrado estar interesada porque las cosas con él mejoraran y por eso había acudido a terapia. Respecto a la relación de J con su hija, al menos parecía indicar cierto involucramiento al estar al tanto de ella y darle su tiempo.

En el caso de sus familias de origen, lo que se observó fue una disposición para apoyarlos, aunque por lo explicado por A, habían mostrado también cierto respeto hacia sus decisiones.

**Control de la conducta.** De acuerdo a A, por momentos sentía que hacía falta un orden pues además de la violencia surgida, J había empezado por no llegar a veces a casa, o durante ese tiempo en que se agudizaron los problemas, tampoco apoyaba en las labores de la casa, dejándolo todo en ella. Así mientras A mostraba una necesidad de orden que por momentos se volvía rígido –incluso de exigencia hacia Z a pesar de su edad-, J más bien se mostraba inconstante e impredecible.

### ***Enfoque***

A pesar de que A comentó que le había pedido a su esposo acudieran ambos a terapia para que pudieran solucionar sus problemas de manera conjunta, él se negó; así, el trabajo que se realizó fue únicamente con ella, para lo cual se trabajó durante once sesiones bajo el modelo de terapia colaborativa.

### ***Objetivo de la terapia***

Los objetivos que se plantearon de acuerdo al motivo de consulta de A fueron promover la seguridad en A respecto a la decisión de separarse de su esposo, así como explorar la relación de ella con su papá y de dónde venía el conflicto con él.

## ***Estrategia de intervención***

Considerando que el modelo colaborativo no propone una estrategia como tal, nos limitamos a explorar los problemas planteados por A, así como las alternativas pertinentes de acuerdo a su demandas.

## ***Intervenciones***

Dada la naturaleza del modelo, más que intervenciones, me centraré en proporcionar un panorama del proceso terapéutico que se dio con A.

Cuando A llegó al centro se mostró como un poco desconfiada y nerviosa, sin embargo a medida que fue pasando el tiempo, se fue expresando de manera más abierta. La primera sesión estuvo dedicada básicamente a escuchar y dar contención a A; no obstante, ocasionalmente se hicieron algunas preguntas para conocer más profundamente algunos pormenores que consideré importantes para el proceso como: ¿cómo se habían dado los eventos de violencia?, ¿alguien más sabía de estos eventos?, ¿cómo es que había decidido salirse de la casa?, etc. Durante la primera y segunda sesión A narró el contexto familiar y las dificultades que se le habían presentado a lo largo del tiempo con J: cómo y con quién vivían, -dado que ambos estudiaban- quién solventaba sus gastos, la ocupación de sus padres, los problemas de sus padres y su separación, las ausencias de J cuando llegaban a tener discusiones, la resignación de él por la separación, etc.

En la tercera sesión ella demandó trabajar la relación de su papá, pues ésta había sido muy distante y conflictiva debido a que el señor tiende a mostrar un comportamiento muy violento, que dio pie a los problemas que tuvo con su mamá -y consecuentemente a su separación-, familiares y personas extrañas. Allí nos enteró de que su papá fue con ella y su hermana un hombre duro y empecinado por la disciplina, que él ya había sido casado y que frecuentemente culpaba a su mamá (de A) de sus frustraciones, del deseo que tuvo de tener un hijo varón y no lo tuvo y cómo hacía sentir mal a A, pues ella, siendo la hija menor, había sido su última esperanza de tenerlo. Una reflexión crucial de A fue haber notado que su papá había depositado muchas de sus expectativas en ella y que no quería repetir lo mismo con Z, pues se había dado cuenta que también había caído en la misma dinámica de su papá; esto dio a pie a que el equipo le sugiriera pensara en cuáles serían sus expectativas respecto a Z y J, sin que esto implicara depositarlas en ellos.

En la siguiente sesión A llegó comentando que a partir de la sugerencia que se le había dado la ocasión anterior había caído en la cuenta de que se había estado comportando demasiado aprehensiva con J y que quizá sería mejor que cada quien se diera un tiempo. Sin embargo, también se le vio confundida y dijo querer trabajar la relación con J debido a que ya no quería depender de él, en el sentido de que no podía tomar decisiones y cuando lo hacía, llegaba él con otras, lo cual traía inestabilidad en la relación (a este respecto es importante señalar que, a pesar de estar separados, J no se había desentendido de su atención y responsabilidades hacia Z, pues seguía yendo diario por ella para llevarla a comer cuando A se iba a la escuela). En esta misma sesión platicó acerca de lo difícil que fue su embarazo ya que no fue algo planeado, además de ser ella menor de edad; su temor fue la reacción que pudieran tener sus padres (sobre todo su papá, por lo explicado anteriormente), al grado de haber decidido abortar, cosa que no sucedió. Para su sorpresa sus padres reaccionaron apoyándola y haciendo todo lo posible porque continuara estudiando, situación que le preocupaba mucho a A, pues no quería dejar de hacerlo. Por el lado de J, su familia también los apoyó, al grado de que su mamá les proporcionó un departamento para que vivieran de manera independiente. Asimismo, explicó que al nacimiento de Z, algo que la había inquietado mucho fue el no haber sentido alguna reacción de felicidad ante ella. Ante este comentario el equipo reaccionó inmediatamente enviando un mensaje en el que se le dijo que eso solía suceder en ocasiones por la misma situación en que se dio el embarazo y por la edad en que se encontraba ella al momento de nacer Z, y que lo único que tenía que hacer era mostrarse más cariñosa con ella.

La sesión cinco fue una sesión muy productiva terapéuticamente hablando pues A hizo diversas reflexiones trascendentales para ella. Empezó comentando que tenía una vida por delante por vivir, pero que su problema era que aún no sabía cómo hacerlo -aunque estaba ya encontrando el camino-; que no podía limitar la vida de J, pues al igual que ella él también tenía necesidades sociales y por lo mismo había decidido darle y darse libertad; que ella tenía la opción de elegir el tipo de relación que quería; que la relación que había establecido con J había sido una relación de poder y no una relación de familia; que el asumir el papel de mamá de J no había funcionado. Del mismo modo, estas reflexiones se habían visto reflejadas en algunas conductas que ella había emprendido: había revalorado la

amistad de sus amigos, por lo que empezó a salir nuevamente con ellos (pues antes sentía culpa si salía); había dejado también de depender de J y a tomar decisiones que le competían sólo a ella; y ya no sentía angustia y desesperación cuando J no actuaba. No obstante, había surgido en ella una duda: comentó que J se había empezado a sentir molesto de volver a vivir con su mamá pues estaba al tanto de él todo el tiempo, situación que no se daba con A. Ella pensó que esta sería una forma de hacer que J volviera con ella, pero sentía que esto sería una manipulación de su parte y estaba confundida, por lo que se le dijo que una forma de que esto no se convirtiera en una manipulación era compartir precisamente esta inquietud con J.

Durante las sesiones seis y siete, A habló la mayor parte de las dificultades con su papá. Desde un inicio y cada vez que hablaba de él expresó sentir un gran resentimiento hacia él, pues lo había considerado un hombre autoritario, violento y frustrado; ante esto se reencuadró su comportamiento diciéndole que algunos padres se preocupan más por educar y disciplinar a sus hijos que por mostrar afecto, y que lo primero no implicaba que no quisieran a sus hijos y que en todo caso, a veces no sabían como mostrar su cariño. Además, ella misma había empezado a experimentar con Z la importancia de los buenos hábitos. Es importante señalar que en la transmisión de estos mensajes se cuidó el no justificar el comportamiento violento del padre. Para finalizar y dado que habían identificado aspectos positivos en su papá se le pidió que pensara en qué podría retomar de cada uno de sus padres para la educación de Z.

Para la sesión siguiente, A hizo un comentario acerca del proceso que a mí me pareció interesante; dijo que por momentos lo había sentido un poco vago y que más bien ella había esperado orientaciones concretas de lo que tenía que hacer; sin embargo, también se había dado cuenta que el proceso la había llevado a reflexionar acerca de algunas «cosas» que no las había pensado.

La sesión nueve pareció una recaída en A pues por algunos momentos empezó a llorar debido a que J la había culpado de que estuvieran separados; además Z había estado preguntando por qué ya no vivían con su papá o por qué ya no estaban en su casa. La respuesta no se hizo esperar y se le pidió que evaluara si ella y Z estarían mejor en un ambiente de violencia o en el que estaban en ese momento. En la sesión diez A platicó

algunas cuestiones de la educación sexual que le estaban dando a Z en la escuela, pero sin mayor relevancia.

Para la sesión once A llegó diciendo que se encontraba bien, y que quería intentar continuar sola con su vida, por lo que se le pidió que comentara en qué le ayudó el proceso, a lo que contestó que había comprendido que ella no podía componer la vida de J, ni forzarlo a que asumiera una posición respecto a la separación; que lo mejor por el momento es que cada uno se siguiera preparando y se dieran su tiempo cada uno de vivir; respecto a su padre, dijo haber comprendido también que iba ser difícil cambiarlo, y que dejaba al tiempo a que él solo recapitara respecto a su comportamiento.

### ***Logros terapéuticos***

Cuando a A se le preguntó acerca de lo obtenido a través del proceso terapéutico ella comentó que: respecto a J, comprendió que ella no iba a cambiarle la vida, que en todo caso él necesitaba su tiempo y que mientras tanto ella para ella estaba claro que tenía que seguir preparándose y darse también su tiempo para ver cosas nuevas pues después de todo entendía que se habían casado muy chicos y no se habían dado la oportunidad de conocer otras cosas.

Respecto a su papá, A comentó que también había comprendido que si él no quería estar bien con ella, era problema de él y no suyo. Finalmente el reflexionar sobre el pasado de su papá la hacía advertir que muchas de sus dificultades estaban en él mismo y no en su relación entre ellos.

### ***Análisis del proceso terapéutico***

Pienso que la capacidad de reflexión de A facilitó tanto el proceso en sí, como la aplicación del modelo colaborativo. Esto no significa que fue fácil, considerando que las expectativas de ella eran que fuéramos nosotros quienes le dijéramos qué hacer.

En cuanto al equipo terapéutico, este mostró un gran apoyo hacia el terapeuta con sus comentarios y reflexiones. Con relación a J creo que el sentir general del equipo es que percibían en J a un chico que le costaba trabajo asumir sus responsabilidades debido a su edad y etapa de estudiante.

En cuanto a la supervisora, ella mostró respeto, tanto para la elección del modelo de intervención como para llevar éste. Propició la participación y promovió la reflexión respecto al tema de la violencia y las implicaciones éticas que conllevan el trabajar con éste.

### ***Análisis del modelo como intervención***

Antes que nada quisiera comentar que la decisión de intervenir con este modelo lo tomé debido a la flexibilidad y libertad que nos dio la supervisora para trabajar bajo el modelo que mejor nos acomodara.

No obstante, quisiera hacer una acotación respecto al modelo: en lo personal no estoy de acuerdo con la crítica que hace Harlene Anderson en su obra *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia* (1999) hacia las terapias modernas ya que la fundamenta en el caso (*un caso*) de una familia que se siente incomprendida por los terapeutas. Desde mi punto de vista, el trato y la comprensión del paciente son condiciones indispensables de cualquier modelo de terapia; es decir, mientras se den las condiciones de respeto, confianza y comprensión creo que uno puede intervenir desde cualquier modelo sin que el paciente se sienta ajeno al proceso. Lo que ella plantea es que los terapeutas modernos al asumir la dirección de la terapia y su posición de «expertos» estuvieran determinando la vida del paciente (es posible que se den casos). No lo creo así. No creo que su propuesta sea incompatible con algunos modelos como el estructural o el de Milán; creo que en la medida en que al paciente se le abran diferentes posibilidades, él estará en la posición de elegir qué rumbo tomar su vida. Además, la misma observación de A respecto al proceso ilustra bien lo que quiero decir, en el sentido de que no todas las personas esperan lo mismo de un proceso terapéutico, así como tampoco se estarían reconociendo sus diferentes habilidades e intereses.

Estas observaciones al modelo colaborativo podrían dar la impresión de no estar convencido con él; sin embargo, al aplicar este modelo mi propósito, además de trabajar con la problemática de la paciente, fue también demostrar que si se guardan la condiciones mencionadas arriba, es posible retomar algunos aspectos de los demás modelos sin que la paciente se sintiera no escuchada. Bajo esta visión, mi vivencia con este modelo me pareció una experiencia enriquecedora pues me permitió constatar que este tipo de modelo se puede aplicar mejor cuando el paciente que tenemos muestra una gran capacidad de reflexión.



## *Habilidades de investigación*

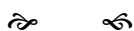
### *\*\* Validación del cuestionario sobre Comunicación Familiar de Barnes y Olson*

El funcionamiento familiar es un tema que cada vez se ha ido haciendo relevante durante las últimas tres décadas, lapso en el que se han desarrollado algunos modelos prácticos a partir de las investigaciones que se han hecho sobre la familia. No obstante, otros investigadores han propuesto modelos teóricos que han sido operacionalizados, de tal manera que también han generado instrumentos de medición que evalúan las dimensiones que comprenden este aspecto de la familia. Así, con base en estas investigaciones y modelos propuestos los investigadores han destacado ciertos criterios de funcionamiento familiar que están asentados básicamente en la salud marital y familiar.

El trabajo (ver Anexo 1) que se resume a continuación fue la validación del instrumento de *Comunicación familiar* de Barnes y Olson a través de una correlación con otros dos instrumentos: la escala de *Cohesión y adaptabilidad familiar* y la escala de *Satisfacción familiar*; instrumentos que fueron elegidos debido a que durante el primer semestre de la residencia, estos habían sido ya confiabilizados por nosotros mismos, por lo que el siguiente paso fue su validación.

Los cuestionarios de *Comunicación familiar* y de *Satisfacción familiar* son instrumentos que van dirigidos a poblaciones de adolescentes de entre 12 y 20 años de edad, que se pueden aplicar de manera individual o colectiva en un tiempo de diez minutos aproximadamente. El primero consta de 17 reactivos y evalúa tres dimensiones: expresión directa con los padres, expresión afectiva y expresión de desacuerdos; en cuanto a su confiabilidad, los autores del presente trabajo encontraron un índice de consistencia interna de .9099 para la prueba en su conjunto, mientras que en las subescalas o dimensiones se obtuvieron los siguientes valores de alpha: .9249, .7740 y .7271, respectivamente. El segundo consta de 14 preguntas y evalúa dos dimensiones: satisfacción con la vinculación emocional y satisfacción con la flexibilidad; su confiabilidad total es de .87, mientras que para las subescalas vinculación emocional y flexibilidad es de .78 y .77 respectivamente.

La escala de evaluación de la *Cohesión y adaptabilidad familiar (Faces)* es un instrumento que define la cohesión como los lazos de autonomía que un individuo experimenta en el sistema familiar y que evalúa en cuatro niveles: desvinculada, separada, conectada y aglutinada. La adaptabilidad familiar la define como la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación, en respuesta al estrés circunstancial o de desarrollo. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se evalúa en un continuo: rígida, estructurada, flexible y caótica. Después de que en su construcción original constaba de 111 reactivos, actualmente se conoce y se aplica una versión (*Faces III*) de solo 30 reactivos, la cual va dirigida a adolescentes del mismo rango de edad que las otras dos pruebas y se administra en aproximadamente el mismo tiempo; respecto a su confiabilidad, se han reportado índices de confiabilidad de .71 para la dimensión de adaptabilidad y de .83 para la de cohesión y de .68 para la escala total.



**Objetivo:** validar el cuestionario de *Comunicación familiar* a través de la correlación con la escala de *Cohesión y adaptabilidad familiar* y la escala de *Satisfacción familiar*.

Considerando que la funcionalidad de una familia está dada por la conjunción de los diversos factores planteados, se propusieron las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1:** Si existe una comunicación directa con los padres y se favorece la expresión de afectos y desacuerdos, esto contribuirá a un mejor funcionamiento familiar.

**Hipótesis 2:** Si la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar son elementos de la funcionalidad familiar entonces estos se verán correlacionados positivamente con la comunicación familiar.

### **Método**

**Población:** Se aplicaron las tres escalas a 153 sujetos de una escuela de bachillerato del Estado de México (Cd. Netzahualcoyotl), quienes contaban con una edad promedio de 17 años de edad y una escolaridad de entre 2º y 3er año. Cabe mencionar que 100 de los sujetos fueron del sexo femenino y 53 del sexo masculino.

**Instrumentos:** Se aplicaron los instrumentos anteriormente descritos: escala de *Cohesión y adaptabilidad familiar*, *Comunicación familiar* y *Satisfacción familiar*.



**Procedimiento:** Se acudió a las instalaciones de una escuela preparatoria ubicada en el municipio de Cd. Netzahualcoyotl del turno vespertino, donde se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó la autorización correspondiente a la dirección de la escuela, después de lo cual se aplicó la batería a cinco grupos de 2º y 3er. año. Además de leer en voz alta las instrucciones de cada uno de los instrumentos, se procedió a explicarles que contestaran la prueba con la mayor sinceridad y honestidad posible, y que consideraran que no hay familia perfecta, por lo que tampoco había respuestas perfectas. Una vez recolectados los datos se procedió a codificarlos y a aplicar las siguientes pruebas estadísticas: análisis factorial para cada uno de los instrumentos, análisis de confiabilidad para cada uno de los factores obtenidos y finalmente la correlación de Pearson para dichos factores.

### **Resultados**

El análisis factorial de la escala de *Cohesión y adaptabilidad familiar* arrojó ocho factores de los cuales se eliminaron tres: dos debido a que sólo tuvieron un solo reactivo y el otro porque no había coherencia entre sus dos reactivos; de esta manera, la escala quedó únicamente con cinco factores: cercanía familiar, expresividad de emociones, tiempo y opiniones compartidas, responsabilidades compartidas y toma de decisiones.

En el caso de la escala de *Comunicación familiar*, el análisis factorial confirmó los resultados obtenidos en su confiabilización obteniendo tres factores: expresión directa con los padres, expresión afectiva y expresión de desacuerdos.

La escala de *Satisfacción familiar* tuvo un comportamiento tan homogéneo que el análisis factorial dio como resultado un solo factor; por lo que todos los reactivos quedaron bajo el rubro nominal de la prueba.

Respecto a la correlación entre las escalas encontramos que, los factores cercanía familiar, expresión emocional, tiempo compartido, responsabilidades compartidas, acuerdo en la toma de decisiones (*Cohesión y adaptabilidad familiar*), comunicación directa con el padre, expresión de afecto, expresión de desacuerdo (*Comunicación familiar*) y satisfacción familiar, obtuvieron una correlación positiva entre sí con un rango de medio a alto, lo cual confirmó las hipótesis planteadas. Las excepciones fueron las correlaciones entre los factores tiempo compartido con expresión de desacuerdo, responsabilidades compartidas con toma

de decisiones y toma de decisiones con expresión de desacuerdo, que presentaron correlaciones débiles.

### \* *Madre soltera por elección*

Una de las características de la sociedad en la que vivimos es la rapidez de su transformación en áreas como la económica, la política, la social y la tecnológica, entre otras, lo cual ha dado como resultado que las familias se vean enfrentadas a una variedad de exigencias en su desarrollo y su adaptación. En este sentido, se ha observado también un cambio en la organización familiar tradicional, lo cual se ve reflejado en el surgimiento de nuevas formas de familias, entre ellas las formadas por madres solteras por elección.

El presente resumen describe el trabajo (ver Anexo 2) que tuvo como objetivo conocer cuál es la motivación de algunas mujeres para tomar la decisión de ser madres solteras, ya que el número de familias de este tipo ha ido en aumento –esto sin considerar algunas de las dificultades que llegan a enfrentar al asumir ellas solas la crianza, cuidado, educación y mantenimiento económico de los hijos.

Esta investigación se llevó a cabo a través de un estudio de caso, para lo cual se entrevistó a una chica que llamaremos Sabrina. Ella contaba al momento de las entrevistas con una edad de 41 años aproximadamente, tenía un hijo de año y medio de edad, de profesión contadora pública, y aunque en ese momento no laboraba, hasta antes de su embarazo había tenido un desarrollo sobresaliente dentro de su ámbito profesional pues había llegado a ser la contadora general de una cadena de tiendas importante. Entre sus antecedentes familiares tenemos que era la segunda hija de una numerosa familia integrada por diez hermanos (cuatro hombres y seis mujeres). Su padre, aunque siempre tuvo un trabajo seguro y estable, no ganaba mucho, por lo que la familia creció con muchas limitaciones; sin embargo, y a pesar de esto, logró que casi todos sus hijos estudiaran. En el caso de Sabrina –lo mismo que con su hermana mayor-, esta situación la llevó a que desde antes de que terminara su carrera, estudiara y trabajara al mismo tiempo para poder ayudar a la economía familiar, convirtiéndose con el tiempo en el apoyo económico más importante de la familia. En cuanto al matrimonio de sus padres, éste fue un matrimonio de tipo

tradicional, en el que su padre es quien había llevado la autoridad de la familia, mientras que su mamá asumió las responsabilidades de su hogar.



Las entrevistas revelaron la presencia de tres factores, que en el caso de Sabrina la llevaron a tomar la decisión de ser madre soltera: su historia familiar, la relación de pareja que tuvo con el padre de su hijo y las expectativas creadas respecto al hijo procreado.

Respecto a su historia familiar ella comentó que una de las razones que la llevó a tomar la decisión de vivir sola es que no quería repetir lo que había visto en la relación de sus padres, tanto en aspectos de pareja como de educación a los hijos. Otra razón importante que expresó es que sentía que la imagen que se había formado de lo que representaba un padre había sido devaluada.

En cuanto su relación de pareja comentó que, aunque tenía claro que no tenía intenciones de casarse, durante la relación se habían dado vínculos emocionales que poco a poco la llevaron a pensar en la posibilidad de tener un hijo de esa persona. Había considerado que existían aspectos positivos en esa persona y los había empezado a valorar.

Finalmente, al pensar en la posibilidad real o cercana de tener un hijo, se empezaron a presentar fantasías o expectativas respecto a lo que podría representar ese hijo; así, mencionó que era como una forma de conservar lo que había estado viviendo con su pareja, de tenerlo presente en él a pesar de la separación de la pareja.

Lo que más me llamó del estudio realizado fue lo que me parecía una contradicción en Sabrina en el sentido de que, habiendo planteado en un inicio como razón para permanecer soltera la imagen devaluada que tenía de los hombres, cuando habló de materializar su deseo de tener un hijo, surgieran razones como el anhelo de conservar parte de la imagen del hombre que había escogido como padre de su hijo y de su relación misma con él. Así pues, por las respuestas dadas pareciera ser que en los hechos no existiera esa devaluación de la cual hablaba en un principio, y que su decisión de ser madre soltera más bien tendría que ver con otros aspectos como su historia familiar y el significado personal que le ha dado a esa historia. Esto es, que los motivos de su decisión estaban en ella y no en el otro.

## *Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento*

### *\*\* Productos tecnológicos*

Como productos tecnológicos tenemos dos videos realizados a partir de un curso llamado *Avances en Terapia Breve* impartido por el doctor Hugo Hirsh -y organizado por el Instituto Mexicano de Terapias Breves. Ambos videos fueron pensados como elementos de apoyo en el programa de formación de los terapeutas de primer ingreso a la residencia en terapia familiar con el objetivo de que éstos se vayan familiarizando con el lenguaje, conceptos e intervenciones del quehacer terapéutico desde el enfoque sistémico.

El primer video, titulado *Planteamiento de algunos conceptos y premisas de la terapia sistémica por Hugo Hirsh*, contempla la exposición de algunas concepciones teóricas fundamentales de la terapia sistémica en general, y de la terapia breve en especial, así como su aplicación práctica dentro del espacio terapéutico. La relevancia de este video radica en que el doctor Hirsh nos invita de una manera sencilla y directa a considerar algunos elementos que considera indispensables para la construcción y conducción de una terapia apropiada:

- ❖ la observación/audición de las sesiones terapéuticas como forma de retroalimentación del proceso
- ❖ la relevancia de la búsqueda de patrones
- ❖ la visión binocular de Bateson dentro del proceso terapéutico
- ❖ la maniobrabilidad del terapeuta
- ❖ la ventaja de contar con un equipo o coterapeuta
- ❖ el manejo del silencio
- ❖ el encuadre de la terapia
- ❖ la aplicación de las intervenciones paradójicas
- ❖ la importancia y justificación del trabajo con el presente
- ❖ la resistencia y la búsqueda de algo diferente
- ❖ cómo vender una idea
- ❖ y el uso del lenguaje del paciente

El segundo video, *Estrategias e intervenciones en terapia breve por Hugo Hirsh*, ilustra, como el título lo indica, el uso de algunas estrategias e intervenciones a partir de la exposición de un caso presentado por el mismo doctor Hirsh. Lo significativo de este video reside en el hecho de que no sólo se pueden apreciar las intervenciones que hace el doctor, sino también la argumentación del por qué de cada una de ellas. Dichas intervenciones son:

- Identificando patrones a través de ejemplos
- Buscando la excepción
- Tareas del terapeuta
- Uso de la metáfora
- Consideraciones acerca del uso de la paradoja
- Percibiendo los tiempos del paciente
- Uso del equipo terapéutico
- Intervención con pacientes bajo tratamiento
- Énfasis en los cambios pequeños
- El conflicto a través de las etapas de la vida
- Intervención indirecta
- Preparando la intervención: conectando a la familia

#### \**Atención y prevención comunitaria*

Los talleres reseñados surgieron de la necesidad de algunas instituciones como la Secretaría de Salud de cubrir algunas inquietudes de su personal para adquirir habilidades que les permitieran mejorar sus relaciones familiares. En este sentido la Facultad de Psicología a través de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social derivaron esta demanda al área de terapia familiar, donde fue atendida.

Cabe señalar que los temas a abordar habían sido ya sugeridos por la misma dependencia por lo que nuestro trabajo consistió en documentar los contenidos, planear el desarrollo de las sesiones, diseñar los manuales, así como efectuar los talleres en la práctica. Los temas desarrollados fueron: *La importancia de las relaciones familiares* (ver Anexo 3) y *Elección de pareja* (ver Anexo 4).

Ambos talleres estuvieron dirigidos a personal administrativo de la Secretaría de Salud adscrito a la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios y tuvieron una duración de 10 horas cada uno, distribuidas en 5 sesiones de 2 horas cada una.



### ***Taller: La importancia de las relaciones familiares***

#### ***Objetivos***

- Desarrollar habilidades de comunicación en los participantes que faciliten establecer el diálogo en sus familias.
- Desarrollar estrategias para establecer límites funcionales en la familia.

#### ***Temas***

##### *Familia*

Tipos de familia.

Ciclo vital de la familia.

##### *Comunicación*

Concepto de comunicación.

Tipos de comunicación.

Elementos de la comunicación.

Guías para establecer el diálogo.

##### *Límites*

Tipos de límites.

Estrategias para establecer límites.



### ***Taller: Elección de pareja***

#### ***Objetivos***

- Que los participantes conozcan cuáles son algunos de los factores que influyen en la elección de pareja.
- Con base en lo anterior comprendan cómo han hecho su elección -o la harán.

#### ***Temas***

##### *Sexualidad y género*

##### *Definición de pareja*

##### *Amor*

Teoría biológica.  
Teorías psicológicas.  
Teorías sociales.  
Teorías multidimensionales.

#### *Elección de pareja*

Teoría psicoanalítica.  
Teoría psicosocial o cognitiva.  
Teoría sistémica.



### ***Planeación de los talleres***

#### ***Articulación y estructuración de contenidos***

Es importante destacar que los contenidos de los talleres fueron elaborados con base en la experiencia clínica que habíamos ido adquiriendo en el trabajo con las familias en los escenarios terapéuticos. La orientación que se le dio estuvo fundamentada en el marco conceptual de la terapia centrada en soluciones y la terapia colaborativa. En el caso del modelo de soluciones, éste se tomó debido a que una de sus premisas importantes es la de considerar que toda persona o familia tiene los recursos necesarios para solucionar sus problemas; en tanto que el enfoque colaborativo contempla que los clientes son “expertos” en su vida, por lo que la función del taller era propiciar el contexto en que emergieran las experiencias, ideas y propuestas encaminadas a mejorar el ambiente familiar en la dirección que cada participante considerara lo más adecuado para él y su familia.

El método utilizado para lograr los objetivos fue de tipo deductivo, ya que en primer término se llevó a cabo la exposición de cada uno de los temas y a partir de la información recibida se les pidió a los participantes -por medio de ejercicios escritos, dramatizaciones, reflexiones y discusiones grupales- identificaran su status con relación al tema expuesto y así integrar sus vivencias y experiencias con el contenido de los talleres.

#### ***Formas de intervención***

Las intervenciones se podrían ubicar en dos niveles: dado que el primer objetivo era que tuvieran la información necesaria de cada uno de los temas, la estrategia consistió en llevar a cabo una exposición temática, actividades de reflexión y recapitulación; en un

segundo nivel, se optó por llevar a cabo actividades como ejercicios escritos, dramatizaciones y discusiones grupales y la correspondiente retroalimentación como una forma de deducir qué es lo que podrían poner en práctica en sus familias.

#### *Técnicas o recursos didácticos*

Ejercicios de integración grupal, ritual de compromiso, exposición de temas, retroalimentación grupal, representación gráfica de la familia, plenaria, lluvia de ideas, dramatización, tarea para casa, seminario y reflexión grupal.

#### *Material de apoyo*

Para los participantes se elaboró un manual que contiene los elementos teóricos principales de cada tema y las instrucciones para algunos ejercicios diseñados; otros materiales utilizados fueron computadora, cañón, plantillas de power point, hojas blancas, lápices, tiras de papel, gaffetes, recipiente de cristal (olla), resistol, fotocopias de fotografías, rotafolio, plumones, cuestionarios de evaluación escritos, semillas de pino y reconocimientos.



#### **Resultados**

Los participantes reportaron cambios a nivel cognitivo y conductual, los cuales se manifestaron a partir de expresiones como las siguientes a partir de la pregunta ¿qué te ha dejado el taller?

- “Una resignificación de lo que consideramos problema”.
- “La importancia de la actitud ante el problema, pues esta puede complicarlo o facilitar su solución”.
- “Haber vislumbrado una forma diferente de poder afrontarlos”.
- “La importancia de aprender a poner límites.”



#### **Conclusiones**

La impartición de los talleres generó tres reflexiones que considero dimensionan la importancia de la terapia familiar y la experiencia vivida en la residencia.



- ❖ Primero, la experiencia clínica fue factor fundamental para desarrollar una creatividad y una posición que generó espacios de diálogo esenciales para conducir este taller como un proceso terapéutico grupal.
- ❖ Usualmente dentro del ambiente laboral la productividad ha estado asociada, en mayor grado, en función de la capacitación técnica, pero ésta no serviría si no hubiera una satisfacción personal y familiar. En este sentido, creo que en la medida que las empresas otorguen un espacio a este tipo de cursos, esto contribuirá a un mejor clima organizacional y a una mayor motivación del personal.
- ❖ Por tanto, el alcance de la terapia familiar no se restringe al consultorio sino que puede responder a necesidades de otros contextos, como es el ámbito laboral, penitenciario, escolar, entre otros.

#### \* \* Participación en foros académicos

##### ***Participación en foros académicos como ponente***

- ◆ *Primera Jornada Clínica de Terapia Familiar.* Este evento fue organizado por la residencia de Terapia Familiar de la facultad de Psicología de la UNAM en agosto de 2005 con el propósito de exponer cada uno de los casos atendidos por los estudiantes de las diversas generaciones y generar una retroalimentación respecto al quehacer terapéutico con los mismos. Mi participación consistió en la exposición del caso de la señora G. G. Dicha exposición contempló la descripción de los antecedentes de la paciente, el modelo con el que fue abordado el problema, los objetivos planteados a partir de la demanda de la señora, las intervenciones implementadas y los cambios observados en ella.
- ◆ *XIII Congreso Mexicano de Psicología.* Este congreso, que tuvo como título *La interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo*, fue organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A. C., en la ciudad de Acapulco en octubre de 2005 también. En este evento se expuso el trabajo realizado a nivel comunitario con el taller *La importancia de las relaciones familiares*, resaltando principalmente la aplicabilidad de la terapia familiar en otros ámbitos, así como el valor de la experiencia clínica en este tipo de cursos.



### ***Participación en foros académicos como asistente***

- ◆ *VI Congreso Internacional de Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario.* Este evento fue organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C., y el Dulwich Centre Publications en julio de 2004 en la ciudad de Oaxaca.
- ◆ *IX Congreso de Terapia Familiar.* Congreso organizado por la Universidad Veracruzana y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C., en octubre de 2004 en la ciudad de Veracruz.
- ◆ *Revisión de Paradigmas en Psicopatología con Objetivos Diagnósticos y Terapéuticos.* Curso-taller organizado por la residencia de Terapia Familiar de la facultad de Psicología de la UNAM en enero de 2005 en la misma facultad.
- ◆ *Avances en Terapia Breve.* Curso organizado por el Instituto Mexicano de Terapias Breves, A. C., en marzo de 2005 en la ciudad de México.



**E**l aprendizaje que dejó la experiencia de la residencia en terapia familiar para mí es, lo considero, de una gran riqueza tanto a nivel teórico como de vivencias. A nivel teórico, en realidad lo único que había leído hasta antes de ingresar en la maestría, fue acerca de la teoría de sistemas; de ahí en fuera, todo lo demás para mí fue nuevo. En el caso de la terapia, yo sólo me había quedado con los modelos que tradicionalmente se revisan en la licenciatura: el psicoanálisis, el cognitivo conductual y las corrientes humanistas. Así pues, el conocer el pensamiento que se dio dentro de la terapia familiar modificó mi forma de ver la realidad, tanto a nivel epistemológico como en la vida diaria; de reflexionar y cuestionar muchos de los supuestos con los que había vivido mucho tiempo como: la «personalidad», «la naturaleza humana», la importancia del contexto, entre muchos otros.

Debo decir que este no es un proceso que haya concluido, pues en lo personal, hay cuestiones todavía por reflexionar e integrar como es, sobretodo para mí, la transición de la modernidad a la posmodernidad y las implicaciones que esto tiene, tanto a nivel teórico como a nivel terapéutico.



Con relación a la práctica terapéutica aprendí a hacer terapia y de asumir una posición respecto a ella; como mencioné en el apartado de análisis del modelo del caso 4, para mí los aspectos de respeto, confianza y comprensión son *sine qua non* de la práctica terapéutica y eso me ayudó a llevar a buen término los procesos que atendí.

Por esta misma razón, y a pesar de (o gracias a) provenir de familias patriarcales comulgo por la equidad de trato hacia ambos géneros, del compartir las responsabilidades de la casa, y de la educación y el cuidado de los hijos.



Respecto a las vivencias experimentadas, una que marcó una gran diferencia es la que viví con mis compañeros cuando al realizar uno de los muchos reportes, nos habíamos enfrascado en una división de opiniones hasta que alguien dijo, ¿por qué no incluimos los

dos puntos de vista y los argumentamos? Esto para mí significó, en la búsqueda de soluciones y respuestas, asumir una posición y una visión de inclusión, no de exclusión.

Asimismo, a través de la convivencia con mis compañeros, los maestros, los supervisores y los pacientes reforcé mi convicción en valores como el apoyo, la solidaridad, la aceptación, la sinceridad y la confianza.



En cuanto a la incidencia de la terapia familiar en el ámbito social, creo que las condiciones económicas y políticas del país la han limitado. Desde mi punto de vista, la aplicabilidad de la terapia familiar es muy extensa y no se restringe únicamente a la práctica clínica del consultorio, sino a otros tipos de ámbitos como el educativo, el laboral -como se demostró en la impartición de los talleres reportados.



Como persona, la maestría me dio la oportunidad de poder superarme aún más y de aspirar a una mejor forma de vida por el aprendizaje realizado. Como mencioné eso se ha reflejado, creo yo, en el trato diario con mi esposa, con mi hijo, con mi familia, mis amigos y con las personas en general; pero en especial conmigo mismo.

Estoy consciente que esto es sólo el inicio de una nueva serie de retos y que me compromete más con mi quehacer como persona y como terapeuta.



Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, vol. 27, págs. 371-394.

- (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Andolfi, M. (1977). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Bateson, G. (1981). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria hacia la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

- (1982). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Berg, I. K. y Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.

Berger, P. L. y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 8ª reimpresión.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Bloch, D. A. (1981). Prefacio. En Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Boscolo, L. (1998). La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Bruner, J. (1995). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.

Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Cecchin, G. (1998). Sistemas terapéuticos y terapeutas. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Machaca, P. (1990). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.

de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.

- (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.

Elkaïm, M. (comp.) (1998a). Notas sobre la autorreferencia y la terapia familiar. En *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

- (1998b). Autorreferencias, intersecciones y ensamblajes. En *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Epstein, N. B. (1983). *Modelo Mc Master de evaluación familiar*. Manuscrito.

Feixas Viaplana, G. y Villegas Besora, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Fruggeri, L. (1992). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En McNamee, S. y Gergen, K. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En Pakman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, vol. I.

Guimelli, C. (2004). *El pensamiento social*. México: Ediciones Coyoacán.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- (1991). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu. 3ª reimpresión.

- (1998). Aspectos de la teoría de sistemas y psicoterapia. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

- (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y Gergen, K. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Ibáñez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. España: Universidad de Guadalajara.

Mackinnon, L. (1983). Contrasting strategic and Milan therapies. *Family process*, vol. 22, págs. 425-438.

Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Maturana, H. (1996). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En Pakman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, vol. I.

- (1998a) Seres humanos individuales y fenómenos sociales humanos. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

- (1998b). Observar la observación. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

McGoldrick, M. (1985). *Genogramas*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa. 7ª reimpresión.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces profundas*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.

Potter, J. (1996). *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.

Rabell, C. (Coord) (2005). Encuesta nacional sobre la dinámica de las familias. México.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: El Manual Moderno.

Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. México: Paidós.

Selvini Palazzoli, M. (1998a). Debemos ir más allá del modelo sistémico. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

- (1998b). Tenemos que inventar estrategias para ampliar nuestro conocimiento. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, vol. 19, N° 1, págs. 3-12.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós.

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.

- (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2005). *Diagnóstico de la familia mexicana*. México: SNDIF.

Stengers, I. (1998). Exploración y drama. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Tomm, K. (1984a). One perspectiva on the systemic approach: part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 12, N° 2, págs. 113-125.

- (1984b). One perspectiva on the systemic approach: part 2. Description of session formal, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 12, N° 2, págs. 253-271.

von Bertalanffy, L. (1991). *Teoría General de Sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

von Foerster, H. (1998). Observar la autorreferencia en emergencia. En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

von Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Pakman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, vol. I.

- (1998). ¿Qué podemos saber de nuestro conocimiento? En Elkaïm, M. (comp.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Watzlawick, P., Beaven, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 10ª edición.



Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder, 10ª edición.

Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: focused problem resolution. *Family process*, vol. 13, N° 2.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

- (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.

Witzeaele, J. J. y García, T. (1994). *La historia de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

*Validación del cuestionario de  
Comunicación Familiar de  
Barnes y Olson*

Presentan

*LÓPEZ CRUZ CARLOS  
TOQUERO HERNÁNDEZ MARCO A.*

ÍNDICE

*Introducción*

*Escala de evaluación de la Cohesión y adaptabilidad familiar (FACES)*

*Cuestionario de Comunicación familiar*

*Cuestionario de Satisfacción familiar*

*Objetivo*

*Hipótesis*

*Método*

*Muestra*

*Instrumentos*

*Procedimiento*

*Resultados*

*Discusión*

*Cuestionarios*

# INTRODUCCIÓN

El funcionamiento familiar es un área que ha ido tomando importancia durante los últimos treinta años, tiempo en el que los investigadores han desarrollado algunos modelos teóricos a través de los cuales han estudiado y tratado a las familias. Así, con base en estas investigaciones y modelos propuestos los investigadores han destacado algunos criterios de funcionamiento familiar que están basados básicamente en la salud marital y familiar. No obstante, otros investigadores han propuesto modelos teóricos que han sido operacionalizados, de tal manera que también se cuenta con instrumentos de medición que evalúan las dimensiones que comprenden este aspecto de la familia.

Algunos autores como Beavers, Hampson y Hulgus (1985, citados en Palomar, 1998) apuntan que el funcionamiento familiar, en cuanto a cualidades sistémicas de relaciones, comunicación e intercambios, antecede a la tipología, esto es, intentar identificar o etiquetar tipologías clínicas de familias sintomáticas brinda poca información que sea de utilidad. Asimismo, señalan que las familias con niveles de competencia semejantes pueden mostrar diferentes estilos funcionales de relación o interacción; además, las familias más competentes son capaces de equilibrar y cambiar sus estilos de funcionamiento de acuerdo a sus cambios evolutivos.

Esto ha provocado que el quehacer de conocer y comprender el funcionamiento familiar haya sido difícil y el producto de la investigación hasta cierto grado difuso. Es por esto que a continuación se describirán algunos de los indicadores de salud y funcionamiento familiar propuestos por algunos investigadores a partir de los cuales se han obtenido la mayor parte de los descubrimientos empíricos

Uno de los primeros científicos sociales que investigó el buen funcionamiento familiar fue Jansen (1952, en Ponzetti y Long, 1989). Fundándose en algunas investigaciones previas resaltó los siguientes indicadores de cercanía y solidaridad en la familia: acuerdo, cooperación, interés mutuo, afecto, estima, confianza y gusto por relacionarse.

Por su parte, Pollack (1957, en Ponzetti y Long, 1989) afirmaba que las familias sanas tienen las siguientes particularidades: interdependencia entre los cónyuges y disposición para postergar las necesidades personales para promover la satisfacción de la pareja, la prioridad de sentimientos positivos entre la pareja, relaciones sanas entre hermanos, relación padres-hijos caracterizadas por el intercambio mutuo y la habilidad para desarrollarse personalmente.

H. Otto (1962, en Ponzetti y Long, 1989) describe doce características de las familias «fuertes» y menciona que este tipo de familias satisface en los miembros de la familia las necesidades físicas, emocionales y espirituales. Para él, los integrantes de la familia son sensibles a las necesidades de los demás miembros, se comunican claramente, se dan soporte emocional y seguridad y además promueven entre ellos las relaciones dentro y fuera de la familia. Los roles se ejercitan con flexibilidad respetando la autonomía de sus integrantes, tienen un gran sentido de lealtad y unicidad y se alienta un ambiente de cooperación entre ellos, son capaces de promover y mantener las relaciones con su comunidad, además de utilizar las crisis con un sentido de crecimiento personal y buscan y aceptan ayuda cuando es necesaria. En un seguimiento que se hizo a la propuesta de este autor, Stinnet (1979), Sanders, de Frain y Parkhurst (1982) y Sauer (1977, en Palomar, 1998) encontraron algunos elementos importantes como la expresividad, el tiempo que comparte la familia, los patrones claros y directos de comunicación, el compromiso con los demás y la capacidad para resolver problemas.

Para Kaslow (1982, en Ponzetti y Long, 1989) las parejas sanas son el factor más significativo en el desarrollo de familias sanas. En su concepto, los buenos matrimonios están formados por personas que respetan la individualidad de la pareja, esto es, aprecian al otro por lo que es; además, los miembros de la pareja disfrutan el tiempo que comparten y muestran interés en lo que el otro hace. Conservan un balance entre el tiempo que pasan solos, junto con un sentido de compañía. En cuanto a las responsabilidades maritales, estas están distribuidas equitativamente. Dichos matrimonios se caracterizan por patrones de comunicación claros y abiertos, lo cual se hace evidente a través de los acuerdos, la cooperación mutua y la habilidad para resolver problemas. Por último, considera que la pareja sana sostiene una visión optimista del mundo, conocimiento y adaptación a los cambios.

Otros autores como Lewis, Gossett y Phillips (1976, en Ponzetti y Long, 1989) proponen ocho características de las familias competentes: los miembros de la familia se dan cuenta de que las necesidades individuales se satisfacen dentro del contexto de las relaciones interdependientes; los límites son lo suficientemente permeables para permitir involucrarse e interactuar fuera del grupo familiar, la comunicación es directa y raramente existe confusión entre el que emite el mensaje y el que lo recibe; existe una díada parental equilibrada que complementa los roles de mando en la familia, son frecuentes las expresiones de calidez y empatía, las familias se organizan y son capaces de negociar eficazmente las diferencias entre los miembros; el cambio se acepta como un proceso normal y los integrantes de la familia comparten un sistema de valores.

Hansen (1981, en Ponzetti y Long, 1989) por su parte encontró que las familias funcionales tienen un estilo de vida tranquilo y relajado y al igual que lo que han observado otros autores, su comunicación tiende a ser clara y directa y no tienen estilos de poder autoritarios y represivos. Los problemas tienden a resolverse lo antes posible, haciendo uso de los recursos y apoyos del medio cuando es necesario. Las relaciones familiares se caracterizan por el acuerdo, las expectativas realistas y un interés genuino.

Uno de los componentes que se observan en las familias sanas es el promover la individuación de sus integrantes. En este sentido, Manssur y Soni (1986) afirman que ésta debe implicar un buen desarrollo de la autopercepción, así como una adecuada percepción y aceptación de las necesidades y diferencias de los demás y la capacidad de apoyar al otro. Si el proceso de individuación en desarrollo falla en la adolescencia, se puede concluir que la familia tiene áreas disfuncionales.

Un elemento más que es asociado a la funcionalidad de la familia es la existencia de intereses compartidos y la apertura de la familia a la esfera extrafamiliar. La posibilidad que tienen los integrantes de la familia de participar en la elección y número de alternativas de recreación que se les ofrecen puede afectar en gran parte la integración y el estilo de vida de una familia (Palomar, 1998).

La mayoría de los autores mencionados que se han encargado de estudiar a las familias han coincidido en algunas características que pueden definir a una familia funcional y sana: existe cooperación, interés mutuo, estima, confianza, interdependencia entre los cónyuges, disposición para anteponer los intereses personales para promover los de la pareja y la familia en su conjunto, la primacía de sentimientos positivos entre la pareja, relaciones armoniosas entre los hermanos, satisfacción de necesidades físicas y emocionales de sus integrantes, flexibilidad y autonomía en los roles, sentido de lealtad y habilidad para resolver problemas, entre otras.

Una definición de lo que se considera un buen funcionamiento familiar incluye el crecimiento, la adaptación y el cambio como partes integrales de la salud y la estabilidad, enfatizando el hecho de que la salud de la familia es un proceso y puede cambiar con el tiempo (Offer y Sashbin, 1976 en Ponzetti y Long, 1989).

Así pues, como podemos observar existe una relación estrecha entre los diversos factores que integran el funcionamiento de una familia, entre los que podemos destacar por su pertinencia para este estudio la adaptabilidad y cohesión familiar, la comunicación y la satisfacción familiar.

## **ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR (FACES)**

La escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar fue introducida junto con el modelo circumplejo de Olson, Sprenke y Russell. Dicho modelo propone que la cohesión se refiere a los lazos emocionales que tienen los integrantes de una familia, unos con otros, y el grado de autonomía que un individuo experimenta en el sistema familiar. La cohesión es una dimensión que se mide a lo largo de un continuo de cuatro niveles: desvinculada, separada, conectada y aglutinada. Una baja cohesión familiar (desvinculada) se caracteriza por la escasa vinculación y alta autonomía o independencia de sus integrantes. Los niveles intermedios (separada y conectada) representan un equilibrado grado de cohesión familiar, lo cual es más adecuado para un efectivo funcionamiento familiar y un desarrollo individual óptimo, que se caracteriza porque la familia logrará manejarse adecuadamente ante la crisis y el cambio. Una cohesión familiar alta (aglutinada) se refiere a una sobreidentificación con la familia, dando como resultado una escasa autonomía (Ponce de León, 1995).

La adaptabilidad familiar la podemos definir como la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación, en respuesta al estrés circunstancia o de desarrollo. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se evalúa en un continuo: rígida, estructurada, flexible y caótica.

Originalmente se constituyó con 111 reactivos; sin embargo, tiempo después apareció la versión FACES II con 30 reactivos y el FACES III con 20 reactivos. Una de las investigaciones realizadas en nuestro país corrió a cargo de Braverman (1986), quien tomó una muestra representativa de alumnos de carreras diferentes de la Escuela Nacional de estudios Profesionales Acatlán y aplicó el Faces II. Después sometió a un análisis factorial los 30 reactivos y halló que los elementos comunes que subyacen en las conceptualizaciones de cohesión son: apoyo, afecto, reglas de cortesía, respeto y obediencia; los elementos comunes a la escala de adaptabilidad fueron similares: afecto, apoyo, respeto, obediencia, reglas de cortesía y responsabilidad. De acuerdo a estos resultados Braverman (1986) concluyó que no era

posible sostener una clara diferenciación de las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Ponce de León, 1995).

En cuanto a la confiabilidad de la prueba Green, Harris, Forte y Robinson (citados por Ponce de León, 1995) reportan índices de confiabilidad de .71 para la dimensión de adaptabilidad y de .83 para la de cohesión, en cambio Olson reporta un alfa de Cronbach de .77 para la escala de cohesión, .62 para la de adaptabilidad y .68 para la escala total.

Como se dejó entrever, el FACES ha tenido diferentes versiones: FACES II y III; sin embargo, dado el alto nivel de confiabilidad y validez del FACES II, es este el que más se recomienda para ser usado en el diagnóstico clínico y la investigación (Palomar, 1998).

Finalmente, cabe señalar que para efectos de esta investigación se hicieron modificaciones en cuanto a la redacción en todos los reactivos del instrumento para mejorar su comprensión. A este respecto la modificación más importante y frecuente fue cambiar las expresiones «En la familia...», por «En mi familia...», con lo cual se intentó que la pregunta fuera más personal y con un sentido inclusivo y posesivo de la familia (ver anexo 1).



## CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

**Nombre:** Cuestionario de Comunicación Familiar.

**Autores:** Barnes y Olson.

**N° de reactivos:** 17

**Administración:** individual o colectiva.

**Tiempo aproximado de aplicación:** diez minutos.

**Población a que va dirigida:** adolescentes entre 12 y 20 años.

**Codificación:** Este cuestionario evalúa dos dimensiones: *Comunicación directa con los padres*, *Desacuerdo con los padres* y *Dificultad para tratar ciertos temas*.

**Confiabilidad:** La investigación española reporta una confiabilidad del cuestionario en su totalidad de .90, mientras que para las subescalas *comunicación directa*, *desacuerdo* y *dificultad para tratar ciertos temas* valores de .92, .77 y .72 respectivamente.

En una investigación realizada con sujetos estudiantes de licenciatura de la facultad de Psicología de la UNAM, los autores del presente trabajo encontraron un índice de consistencia interna de .9099 para la prueba en su conjunto, mientras que en las subescalas se obtuvieron los siguientes valores de alpha: .9249 (factor 1), .7740 (factor 2) y .7271 (factor 3).

## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR

**Nombre:** Cuestionario de Satisfacción Familiar.

**Autores:** Olson y Wilson.

**N° de reactivos:** 14

**Administración:** individual o colectiva.

**Tiempo aproximado de aplicación:** diez minutos.

**Población a que va dirigida:** adolescentes entre 12 y 20 años.

**Codificación:** Este cuestionario evalúa dos dimensiones: *Satisfacción con la vinculación emocional* y *Satisfacción con la flexibilidad*.

**Confiabilidad:** La confiabilidad del cuestionario en su totalidad es .87, mientras que para las subescalas *vinculación emocional* y *flexibilidad* es de .78 y .77 respectivamente.

## OBJETIVO

Validar el cuestionario de Comunicación Familiar de Barnes y Olson a través de la correlación con la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson, Sprenke y Russell y la escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson.

## HIPÓTESIS

Considerando que la funcionalidad de una familia está dada por la conjunción de los diversos factores planteados en la introducción, se propone la siguiente hipótesis:

**Hipótesis.** Si existe una comunicación directa con los padres y se favorece la expresión de afectos y desacuerdos, esto contribuirá a un mejor funcionamiento familiar.

**Hipótesis.** Si la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar son elementos de la funcionalidad familiar entonces estos se verán correlacionados positivamente con la comunicación familiar.

## MÉTODO

### *Muestra*

Se aplicaron tres escalas que evalúan diferentes aspectos del funcionamiento familiar - escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar, comunicación familiar y satisfacción familiar-, a 153 sujetos de una escuela de bachillerato del Estado de México (Cd. Netzahualcoyotl), quienes cuentan con una edad promedio de 17 años de edad y una escolaridad de entre 2º y 3er año. Cabe mencionar que 100 de los sujetos fueron del sexo femenino y 53 del sexo masculino.

### *Instrumentos*

Se aplicaron los instrumentos anteriormente descritos: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar, Comunicación familiar y Satisfacción familiar.

### ***Procedimiento***

Se acudió a las instalaciones de una escuela preparatoria ubicada en el municipio de Cd. Netzahualcoyotl del turno vespertino, donde se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó la autorización correspondiente a la dirección de la escuela, después de lo cual se aplicó la batería a cinco grupos de 2º y 3er. año.

Además de leer en voz alta las instrucciones de cada uno de los instrumentos se procedió a explicarles que contestaran la prueba con la mayor sinceridad y honestidad posible, y que consideraran que no hay familia perfecta, por lo que tampoco hay respuestas perfectas.

Una vez recolectados los datos se procedió a codificarlos y a aplicar las siguientes pruebas estadísticas: análisis factorial para cada uno de los instrumentos, análisis de confiabilidad para cada uno de los factores obtenidos y finalmente la correlación de Pearson para dichos factores.

# RESULTADOS

## *Análisis factorial para la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar*

El análisis factorial de la *Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar* arrojó ocho factores con un valor eigen mayor a uno, que en total explican el 60.83% de la varianza (ver Tabla 1). Los ítems agrupados en el **factor 1** de acuerdo a su peso factorial son: A15, A27, A5, A29, A17, A23, A19, A25, A24 y A1. El **factor 2** agrupa a los ítems A14, A2, A4, A28, A16, A26 y A6. El **factor 3** agrupa a los ítems A11, A8, A30 y A7. El **factor 4** agrupa los ítems A10 Y A22. El **factor 5** agrupa los ítems A12 y A3. El **factor 6** agrupa los ítems A21, A20 y A13. Los **factores 7 y 8** obtuvieron un solo ítem, A9 y A18 respectivamente.

El factor 5 se eliminó por falta de coherencia entre los reactivos, al igual que los factores 7 y 8 por tener un sólo reactivo.

	1	2	3	4	5	6	7	8
A15	<b>.669</b>	-.131	8.212E-03	.124	.193	.181	-1.123E-03	6.523E-02
A27	<b>.643</b>	.190	6.427E-02	.204	-.202	-7.484E-02	-.118	6.202E-02
A5	<b>.597</b>	6.839E-02	.267	-5.396E-03	.128	.247	-7.633E-02	-2.473E-03
A29	<b>.576</b>	.433	-3.779E-02	5.623E-02	9.885E-02	1.346E-02	-3.917E-02	.181
A17	<b>.531</b>	.207	.308	.236	.304	.243	.193	.110
A23	<b>.478</b>	.275	.367	.297	-8.726E-02	.156	.171	-.119
A19	<b>.447</b>	.165	.139	.317	.317	.132	.135	.325
A25	<b>.445</b>	.207	9.803E-02	.195	7.625E-02	-.375	.172	.306
A24	<b>.421</b>	-5.509E-02	4.507E-02	8.128E-02	.413	.123	2.702E-02	.227
A1	<b>.394</b>	.377	.196	8.961E-02	.170	2.805E-02	.345	4.588E-03
A14	-3.528E-02	<b>.721</b>	.116	.172	-.151	9.099E-02	-1.722E-02	3.742E-02
A2	.222	<b>.711</b>	-5.363E-02	.246	.178	4.742E-02	-5.811E-02	.152
A4	-4.460E-02	<b>.636</b>	.319	5.548E-02	-7.812E-03	.164	-1.510E-02	.186
A28	.517	<b>.557</b>	-7.190E-02	-.167	.293	-4.608E-02	-.169	-9.200E-02
A16	.224	<b>.527</b>	.282	6.987E-02	-5.518E-03	.294	.223	2.159E-02
A26	.401	<b>.510</b>	6.355E-02	.113	.151	.452	4.644E-02	-2.511E-03
A6	.405	<b>.459</b>	.347	.216	.279	-.120	6.777E-02	-3.031E-02
A11	2.689E-02	9.072E-03	<b>.786</b>	2.037E-02	5.733E-02	-1.147E-02	-.116	.141
A8	.263	.377	<b>.520</b>	9.007E-02	.111	.205	-8.931E-02	.158
A30	.456	.367	<b>.458</b>	.106	-1.860E-02	9.533E-02	9.598E-02	-.271
A7	.305	.297	<b>.447</b>	.142	.276	.154	.148	-8.758E-02
A10	.151	.114	-4.225E-02	<b>.858</b>	1.149E-02	3.594E-02	8.800E-03	-6.938E-03
A22	.168	.205	.225	<b>.731</b>	.142	8.064E-02	.141	.124
A12	-1.314E-02	-1.058E-02	7.833E-02	-5.265E-02	<b>.769</b>	5.861E-02	.107	2.950E-02
A3	.257	.173	3.252E-02	.291	<b>.615</b>	-.112	-7.422E-02	-9.969E-02
A21	.301	.141	-1.702E-04	7.048E-02	.138	<b>.716</b>	.226	8.703E-02
A20	8.742E-02	.207	.117	.417	8.384E-02	<b>.497</b>	-.334	-.151
A13	-1.992E-02	.241	.336	1.390E-02	-.235	<b>.479</b>	-2.386E-02	9.797E-02
A9	-6.488E-02	-3.658E-02	-9.295E-02	6.238E-02	6.466E-02	5.024E-02	<b>.803</b>	-2.589E-02
A18	.129	.176	.116	2.064E-02	-8.028E-03	3.428E-02	-3.136E-02	<b>.793</b>

**Tabla 1.**

Resultados del análisis factorial de la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar. Se presentan las cargas factoriales y se resaltan los valores de las variables que conforman cada factor.

## ***Análisis de confiabilidad para los factores de la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar***

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de cada factor se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada uno de ellos. Así el **factor 1** obtuvo un coeficiente alpha de .8347, mientras que la correlación ítem total fue superior a .4100 para todos sus reactivos (ver Tabla 2). Para el **factor 2** el coeficiente alpha fue de .8273 y los valores de sus reactivos en la correlación ítem total fueron superiores a .4939 (ver Tabla 3). Para el **factor 3** el coeficiente alpha fue de .6830, mientras que en la correlación ítem total se observó un reactivo (A11) con un valor mínimo de .3176, en tanto que los otros tuvieron valores arriba de .5000 (ver Tabla 4). Para el **factor 4** el coeficiente alpha fue de .7230 y el valor de correlación ítem total fue .5722 para sus dos reactivos (ver Tabla 5). Para el **factor 6** el coeficiente alpha fue de .5146 mientras que la correlación ítem total mínima fue de .3232 (ver Tabla 6).

Es importante señalar que ningún reactivo afecta negativamente la confiabilidad de cada uno de los factores, a excepción del reactivo A11 (factor 3), que en sí mismo no es significativo si consideramos su valor y los resultados de la prueba en su conjunto (ver tabla 4).

### **Factor 1. Cercanía familiar**

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
A15	33.5099	47.6116	.4890	.2708	.8229
A27	33.2450	46.6929	.4925	.2712	.8229
A5	33.5894	46.5770	.5042	.3370	.8217
A29	32.8874	46.0072	.5616	.3566	.8159
A17	33.1192	43.6124	.7143	.5962	.8001
A23	33.9735	46.8126	.5416	.3275	.8180
A19	33.0795	45.2603	.5912	.4494	.8128
A25	32.8079	47.5829	.4444	.2688	.8276
A24	33.6424	48.4046	.4124	.1922	.8303
A1	32.8477	48.4766	.5089	.3633	.8216
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>10 items</b>			
<b>Alpha = .8347</b>		<b>Standardized item alpha = .8350</b>			

**Tabla 2.**

Análisis de confiabilidad del factor 1, donde se encontró que el coeficiente de alpha fue de .8347, y que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .44124.

## Factor 2. Expresividad de emociones

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
A14	21.0927	28.3113	.4939	.2932	.8164
A2	21.0662	26.3823	.6701	.4718	.7882
A4	20.7947	27.8576	.5280	.2946	.8111
A28	20.7152	28.0317	.5251	.3416	.8115
A16	20.8344	27.2324	.5749	.3900	.8036
A26	20.9139	25.9725	.6359	.4474	.7931
A6	20.8874	26.6739	.5780	.3679	.8032
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>7 items</b>			
<b>Alpha = .8273</b>		<b>Standardized item alpha = .8271</b>			

**Tabla 3.**

Análisis de confiabilidad del factor 2, donde se obtuvo un coeficiente de alpha fue de .8273, mientras que las correlaciones ítem total de los reactivos obtenidas fueron superiores a .4939.

## Factor 3. Tiempo y opiniones compartidas

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
A11	9.1267	7.4939	.3176	.1167	.7212
A8	9.2133	7.0280	.5533	.3154	.5647
A30	8.9867	7.0871	.5092	.3204	.5903
A7	9.3933	6.8979	.5112	.2964	.5874
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>4 items</b>			
<b>Alpha = .6830</b>		<b>Standardized item alpha = .6918</b>			

**Tabla 4.**

En el análisis de la confiabilidad del factor 3 se encontró que el coeficiente de alpha fue de .6830, en tanto que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .3176. Aquí también observamos que el reactivo A11 afecta la confiabilidad del factor, sin llegar a ser significativo.

#### **Factor 4. Responsabilidades compartidas**

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
A10	3.9281	1.3961	.5722	.3275	
A22	3.6928	1.8721	.5722	.3275	
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>2 items</b>			
<b>Alpha = .7230</b>		<b>Standardized item alpha = .7279</b>			

**Tabla 5.**

Análisis de confiabilidad del factor 4. Se observa un coeficiente de alpha fue de .7230, y unas correlaciones ítem total de los reactivos de .5722.

#### **Factor 6. Toma de decisiones**

<b>Item-total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A21	5.8627	4.0534	.3524	.3910
A20	6.0915	3.6889	.3251	.4203
A13	6.4510	3.2098	.3232	.4364
<b>Reliability Coefficients</b>				
<b>N of Cases = 153.0</b>		<b>N of Items = 3</b>		
<b>Alpha = .5146</b>				

**Tabla 6.**

Análisis de la confiabilidad del factor 6, donde se encontró que el coeficiente de alpha fue de .5146. Asimismo se observó que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .3232.

### ***Análisis factorial de la Escala de Comunicación familiar.***

El análisis factorial de los reactivos de la Escala de Comunicación familiar arroja tres factores con valores eigen mayores a uno, que en total explican el 55.78% de la varianza (ver tabla 7). Los ítems agrupados en el **factor 1** de acuerdo a su peso factorial son B4, B11, B10, B5, B1 Y B2. El **factor 2** agrupa los ítems B14, B13, B6, B12, B7 Y B17. El **factor 3** agrupa los ítems B9, B3, B8, B16 y B15.

	1	2	3
B4	<b>.793</b>	-3.219E-02	-8.358E-02
B11	<b>.758</b>	.244	.236
B10	<b>.651</b>	.337	.275
B5	<b>.637</b>	.511	.191
B1	<b>.594</b>	.422	8.367E-02
B2	<b>.585</b>	.447	.116
B14	.189	<b>.801</b>	-.117
B13	.264	<b>.675</b>	.121
B6	.552	<b>.613</b>	.230
B12	9.210E-02	<b>.592</b>	.312
B7	.324	<b>.510</b>	.139
B17	.148	<b>.501</b>	.465
B9	.119	3.143E-02	<b>.711</b>
B3	.193	-.245	<b>.669</b>
B8	-.193	.215	<b>.616</b>
B16	.285	.291	<b>.588</b>
B15	.142	.294	<b>.552</b>

**Tabla 7.**

Resultados del análisis factorial de la escala de comunicación familiar.

Se presentan las cargas factoriales y se resaltan los valores de las variables que conforman cada factor.

### ***Análisis de confiabilidad para los factores de la Escala de Comunicación familiar***

El cálculo del coeficiente de Cronbach para cada uno de los factores de la Escala de Comunicación familiar arrojó los siguientes datos: el **factor 1** obtuvo un coeficiente alpha de .8567, mientras que la correlación ítem total fue superior a .5090 para todos sus reactivos (ver Tabla 8). Para el **factor 2** el coeficiente alpha fue de .8044 y los valores de sus reactivos en la correlación ítem total fueron superiores a .4800 (ver Tabla 9). Para el **factor 3** el coeficiente alpha fue de .6668, mientras que la correlación ítem total mínima observada fue de .3436 (ver Tabla 10).



Al igual que en la Escala de Cohesión familiar, la Escala de Comunicación familiar no se encontró ningún reactivo que afectara la confiabilidad de los factores (ver tablas 8, 9 y 10).

### **Factor 1. Comunicación directa con los padres**

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
B4	18.8816	24.4230	.5097	.2676	.8594
B11	18.6118	23.4179	.7150	.5398	.8206
B10	18.2829	24.1247	.6659	.4854	.8297
B5	18.5921	22.3756	.7364	.5638	.8151
B1	18.8158	23.3301	.6184	.4030	.8383
B2	18.0658	23.9824	.6502	.4590	.8320
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>6 items</b>			
<b>Alpha = .8567</b>		<b>Standardized item alpha = .8594</b>			

**Tabla 8.**

Análisis de la confiabilidad del factor 1, donde se obtuvo un coeficiente de alpha de .8567, asimismo se observó que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .5097.

### **Factor 2. Expresión afectiva**

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
B14	17.0068	19.3945	.6499	.4681	.7524
B13	17.2297	21.3346	.5419	.3568	.7784
B6	16.6959	19.0702	.6944	.4843	.7413
B7	16.7838	21.4087	.4802	.3073	.7928
B12	17.3041	21.7505	.4841	.2851	.7910
B17	17.2770	22.0656	.5246	.3053	.7824
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>6 items</b>			
<b>Alpha = .8044</b>		<b>Standardized item alpha = .8034</b>			

**Tabla 9.**

En el análisis de la confiabilidad del factor 6 se encontró que el coeficiente de Alpha fue de .8044, en tanto que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .4802.

### Factor 3. Expresión de desacuerdos

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
B3	14.8933	11.4785	.3436	.1953	.6489
B8	14.9600	10.8843	.3801	.1710	.6346
B9	14.9600	10.9917	.4510	.2466	.6023
B15	14.4000	10.8456	.4559	.2657	.5996
B16	14.4933	10.2114	.4752	.2754	.5885
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>5 items</b>			
<b>Alpha = .6668</b>		<b>Standardized item alpha = .6680</b>			

**Tabla 10.**

Análisis de la confiabilidad del factor 6, observándose un coeficiente de alpha de .6668. Los valores para las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .3436.

### ***Análisis factorial de la Escala de Satisfacción familiar.***

El análisis factorial de los reactivos de la escala de satisfacción familiar, arrojó un sólo factor con un valor mayor a 1 que en total explican 100% el de la varianza (ver Tabla 11).

	1
C8	.804
C13	.773
C2	.767
C7	.736
C1	.734
C3	.717
C6	.704
C14	.699
C9	.698
C10	.663
C4	.651
C5	.634
C2	.576
C11	.569

**Tabla 11.**

Resultados del análisis factorial de la escala de satisfacción familiar.

Se presentan las cargas factoriales y se resaltan los valores de las variables que conforman cada factor.

### **Factor 1. Satisfacción familiar**

<b>Item-total Statistics</b>					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
C1	44.4354	119.6996	.6813	.5120	.9088
C2	44.8367	119.3156	.7145	.5999	.9079
C3	44.9456	118.3532	.6564	.4812	.9093
C4	44.9184	120.7741	.5960	.4061	.9114
C5	44.8095	116.4292	.5709	.4170	.9133
C6	45.1837	119.6304	.6473	.4754	.9097
C7	44.7891	115.8388	.6768	.5054	.9084
C8	44.8844	114.7879	.7481	.6376	.9058
C9	44.6803	115.9861	.6349	.4855	.9102
C10	44.9252	118.2478	.6002	.4010	.9113
C11	44.6259	121.1262	.5096	.3106	.9145
C12	44.2789	123.7230	.5154	.3282	.9139
C13	44.7619	115.5251	.7126	.6007	.9071
C14	45.0204	117.2667	.6395	.4617	.9099
<b>Reliability Coefficients</b>		<b>14 items</b>			
<b>Alpha = .9160</b>		<b>Standardized item alpha = .9177</b>			

**Tabla 12.**

En el análisis de la confiabilidad del factor 1 se encontró que el coeficiente de alpha fue de .9160. Asimismo se observó que las correlaciones ítem total de los reactivos fueron superiores a .5096.


## Correlaciones entre los factores


Los factores cercanía familiar, expresión emocional, tiempo compartido, responsabilidades compartidas, acuerdo en la toma de decisiones, comunicación directa con el padre, expresión de afecto, expresión de desacuerdo y satisfacción familiar, obtuvieron una correlación positiva entre sí de acuerdo a lo esperado en la hipótesis inicial. Todas las correlaciones se ubican en un rango medio y alto, a excepción de las correlaciones entre los factores responsabilidades compartidas, toma de decisiones, expresión de desacuerdo, tiempo compartido y toma de decisiones y expresión de desacuerdo que fueron correlaciones débiles (ver Tabla 13).

	CERFAM							
EXPREMOC Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.665 .000 153	EXPREMOC						
TIEMOPCO Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.620 .000 153	.656 .000 153	TIEMOPCO					
RESPCOM Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.460 .000 153	.391 .000 153	.341 .000 153	RESPCOM				
TOMADES Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.411 .000 153	.494 .000 153	.459 .000 153	.294 .000 153	TOMADES			
COMDIRPA Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.631 .000 153	.629 .000 153	.610 .000 153	.367 .000 153	.415 .000 153	COMDIRPA		
EXPAFEC Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.617 .000 153	.557 .000 153	.514 .000 153	.354 .000 153	.414 .000 153	.700 .000 153	EXPAFEC	
EXPDES Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.582 .000 153	.345 .000 153	.276 .001 153	.362 .000 153	.293 .000 153	.375 .000 153	.428 .000 153	EXPDES
SATIFAMI Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.692 .000 153	.620 .000 153	.625 .000 153	.447 .000 153	.417 .000 153	.681 .000 153	.674 .000 153	.455 .000 153

Tabla 13

En el análisis de correlación entre los factores cercanía familiar, expresión emocional, tiempo compartido, responsabilidades compartidas, acuerdo en la toma de decisiones, comunicación directa con el padre, expresión de afecto, expresión de desacuerdo y satisfacción familiar observaron una correlación positiva.

 Comunicación familiar

 Cohesión y adaptabilidad familiar

 Satisfacción familiar

## DISCUSIÓN

Los factores comunicación directa y expresión de afectos de la escala de comunicación familiar tuvieron una correlación alta con los factores cercanía familiar, expresión de emociones y tiempo compartido de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar. Así como, con la escala de satisfacción familiar. Lo cual confirma la hipótesis planteada; es decir, dichos factores están asociados al funcionamiento de la familia. Asimismo, el factor expresión de desacuerdo obtuvo una correlación alta con el factor cercanía familiar de la escala de cohesión.

Cabe resaltar que dentro de la misma escala de comunicación familiar se observó que los factores expresión de afectos y comunicación directa con los padres tuvieron una correlación de .70, que fue el valor más alto observado en el análisis estadístico.

No obstante, se encontró que el factor expresión de desacuerdos obtuvo una correlación baja con los factores de tiempo compartido y toma de decisiones de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar.

## CUESTIONARIO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones.** A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen situaciones familiares. Indica en qué grado cada una de ellas describe lo que sucede en tu familia y marca con una cruz la opción que mejor puede aplicarse a cada afirmación, teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta:

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Los miembros de mi familia nos apoyamos unos a otros en momentos difíciles.....				
1	2	3	4	5
2. En mi familia a cada quien le es fácil exponer su opinión...				
1	2	3	4	5
3. A mi familia le es más fácil discutir los problemas con los amigos, que con los mismos miembros de mi familia.....				
1	2	3	4	5
4. Cada miembro de mi familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.....				
1	2	3	4	5
5. Mi familia acostumbra reunirse periódicamente en la casa para convivir.....				
1	2	3	4	5
6. En mi familia todos tenemos voz y voto en cuanto a la disciplina familiar.....				
1	2	3	4	5
7. Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto.....				
1	2	3	4	5
8. Los miembros de mi familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones dadas.....				
1	2	3	4	5
9. En mi familia cada quien toma sus decisiones de acuerdo a sus intereses y objetivos particulares.....				
1	2	3	4	5
10. Alternamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de mi familia.....				
1	2	3	4	5
11. En mi familia conocemos a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.....				
1	2	3	4	5
12. Es difícil saber cuáles son las reglas y normas que se siguen en mi familia.....				
1	2	3	4	5

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Los integrantes de mi familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tiene que tomar.....         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. A los miembros de mi familia les es fácil expresar lo que quieren.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cuando planeamos hacer actividades en mi familia, tenemos dificultades para ponernos de acuerdo.....               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de cualquiera de los miembros de mi familia.....      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. En mi familia nos sentimos cercanos unos a otros.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. La disciplina es justa y razonable en nuestra familia.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Los miembros de mi familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. En mi familia se intentan nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Los miembros de mi familia aceptan lo que la familia decide hacer.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. En mi familia, todos compartimos responsabilidades....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. En mi familia acostumbramos a compartir el tiempo libre entre nosotros.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en mi familia   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. En mi familia nos evitamos unos a otros cuando estamos en casa.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Cuando surgen problemas toda mi familia se compromete a resolverlos.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. En mi familia aceptamos a los amigos de cada quien.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Los miembros de mi familia temen expresar sus pensamientos.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. En mi familia nos separamos ante los problemas en vez de actuar como familia total.....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. En mi familia compartimos intereses y pasatiempos unos con otros.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

**Instrucciones.** *A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de comunicación o relación que pueden darse con tus padres. Indica en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con ellos y marca con una cruz la opción que mejor puede aplicarse a cada afirmación, teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta.*

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Puedo hablar acerca de lo que pienso con mis padres sin sentirme mal o incómod@ .....				1 2 3 4 5
2. Cuando hablo mis padres me escuchan.....				1 2 3 4 5
3. Mis padres suelen decirme cosas que sería mejor no me dijeran.....				1 2 3 4 5
4. Mis padres pueden saber cómo me siento sin preguntármelo.....				1 2 3 4 5
5. Estoy muy satisfech@ con la comunicación que tengo con mis padres.....				1 2 3 4 5
6. Si tuviera problemas podría contárselos a mis padres.....				1 2 3 4 5
7. Les demuestro con facilidad mi cariño a mis padres.....				1 2 3 4 5
8. Cuando estoy enojad@ con mis padres, generalmente no les hablo.....				1 2 3 4 5
9. Cuando hablo con mis padres, les digo cosas que sería mejor no les dijera.....				1 2 3 4 5
10. Cuando hago preguntas a mis padres, me responden con sinceridad.....				1 2 3 4 5
11. Mis padres intentan comprender mi punto de vista.....				1 2 3 4 5
12. Hay temas que prefiero no hablar con mis padres.....				1 2 3 4 5
13. Pienso que es fácil discutir los problemas con mis padres.....				1 2 3 4 5
14. Es muy fácil expresar mis verdaderos sentimientos a mis padres...				1 2 3 4 5
15. Cuando hablo con mis padres me pongo de mal genio.....				1 2 3 4 5
16. Mis padres me ofenden cuando están enojados.....				1 2 3 4 5
17. No puedo decirle a mis padres cómo me siento realmente en determinadas situaciones.....				1 2 3 4 5



## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR

**Instrucciones.** *A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación o forma de relación que se plantea y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:*

1	2	3	4	5
Totalmente insatisfecho	Poco satisfecho	En parte satisfecho en parte insatisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

### INDICA TU GRADO DE SATISFACCIÓN CON

1. Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia 1 2 3 4 5
2. Tu propia facilidad para expresar a tu familia lo que deseas 1 2 3 4 5
3. La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas 1 2 3 4 5
4. Las decisiones que toman tus padres en tu familia 1 2 3 4 5
5. Lo bien que se llevan tus padres 1 2 3 4 5
6. Lo justas que son las críticas en tu familia 1 2 3 4 5
7. La cantidad de tiempo que pasas con tu familia 1 2 3 4 5
8. La forma de dialogar para resolver los problemas familiares 1 2 3 4 5
9. Tu libertad para estar solo cuando lo deseas 1 2 3 4 5
10. Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre los miembros de tu familia 1 2 3 4 5
11. La aceptación de tus amigos por parte de tu familia 1 2 3 4 5
12. Lo que tu familia espera de ti 1 2 3 4 5
13. La cantidad de veces que toman decisiones todos juntos en tu familia 1 2 3 4 5
14. La cantidad de actividades de diversión o de ocio que toma tu familia 1 2 3 4 5

## *Madre soltera por elección*

Presenta:

*LÓPEZ CRUZ CARLOS*

### ***CASO: SABRINA B.***

- Parte I.       **INTRODUCCIÓN**
  
- Parte II.       **CONTEXTO**  
                  Familiar  
                  Escolar y laboral
  
- Parte III.      **ENTREVISTAS**  
                  Factores  
                  Relaciones
  
- Parte IV.      **DISCUSIÓN**

## Parte I. INTRODUCCIÓN

El presente reporte plantea la necesidad de conocer cuál es la motivación de algunas mujeres para tomar la decisión de ser madres solteras, ya que el número de ellas ha ido en aumento, esto sin considerar algunas de las dificultades que pueden llegar a enfrentar.

Por otra parte, la sociedad en la que vivimos actualmente se ha caracterizado por la rapidez de su transformación en áreas como la económica, la política, la social y la tecnológica, entre otras, lo cual ha traído como consecuencia que las familias se vean enfrentadas a una variedad de exigencias en su desarrollo y su adaptación. En este sentido, se ha observado un cambio en la organización familiar tradicional, lo cual se ve reflejado en el surgimiento de nuevas formas, entre las que destacan precisamente las familias formadas por madres solteras por elección. Sin embargo, al revisar la literatura sobre la familia desde el enfoque sistémico, uno de los aspectos que se considera para que una familia lleve a cabo sus funciones de manera adecuada es la integración de sus subsistemas, destacando por su importancia el subsistema parental. Empero, aunque este enfoque no asume como requisito el que este subsistema esté compuesto por ambos padres, es claro que, muchas de sus funciones a cumplir están planteadas en términos de la díada, lo cual desde mi punto de vista plantearía un dilema a la madre soltera en cuanto a cómo asumir ella sola estas funciones.

Para la realización de este trabajo se entrevistó a una persona a quien llamaremos Sabrina B y que conozco desde hace unos 25 años. Las entrevistas fueron llevadas en casa de ella y se plantearon inicialmente de manera informal, pero a medida que se desarrollaron se fueron encaminando más hacia los aspectos que se interesaban explorar –esto es, los motivos que la llevaron a tomar la decisión de ser madre soltera. Las entrevistas fueron desarrolladas una por sesión y se tomaron notas sólo al terminarlas -esto debido a que quería evitar que se perdiera la espontaneidad de sus respuestas. El objetivo de las entrevistas que se le planteó a ella es que las viera como unas pláticas útiles para mi tema de investigación. En cuanto a sus antecedentes familiares, escolares y laborales éstos se detallarán en la siguiente parte.

## Parte II. CONTEXTO

### *Familiar*

Sabrina B es la segunda hija de una numerosa familia integrada por diez hermanos (cuatro hombres y seis mujeres) y cuenta con una edad de aproximadamente 41 años. Sus padres son originarios de un pueblo de provincia, pero vivieron la mayor parte de su juventud en la Ciudad de México; sin embargo, hace unos ocho años regresaron a vivir a su pueblo. Es importante notar que al parecer sus inicios como familia fueron difíciles, pues aunque el padre tuvo un trabajo seguro y estable, no ganaba mucho, por lo que Sabrina y su hermana mayor aprovecharon la oportunidad de estudiar, logrando ella recibirse como contadora pública, mientras que su hermana lo hizo como enfermera. Este hecho en sí mismo determinó parte de la vida de Sabrina y del vínculo que mantendría con su familia ya que antes de terminar la carrera ya trabajaba, esto con la finalidad de ayudar en los gastos de la familia. Dadas estas condiciones, ella fue convirtiéndose en el pilar económico más importante de toda la familia.

En cuanto a sus padres, se puede decir que componen un matrimonio tradicional, donde el padre es quien ha llevado la autoridad en la familia y la madre las responsabilidades propias de su hogar. Respecto a sus demás hermanos, la mayoría logró estudiar por lo menos una carrera técnica. Un acontecimiento importante en la vida de la familia fue la muerte de la penúltima de las hijas, la cual murió de cáncer cuando tenía apenas unos quince años.

### *Escolar y laboral*

Como ya se mencionó, Sabrina estudió la licenciatura en contaduría pública en el Instituto Politécnico Nacional con buenas calificaciones. Aún antes de terminar la carrera y viendo las necesidades de su familia empezó a trabajar en el área de contabilidad de una cadena de panaderías, empleo en el cual permaneció desde entonces y al cual renunció hace aproximadamente unos tres años (a los pocos meses de haberse embarazado). El tener la carrera de contadora pública le permitió ir creciendo en su trabajo hasta llegar a convertirse en la contadora general de toda la empresa. Actualmente no trabaja y desconozco su estatus económico.

### Parte III. ENTREVISTAS

#### *Contexto*

La entrevista se llevó a cabo en la casa de la entrevistada donde vive con su hijo de dos años y medio de edad a quien llama cariñosamente Guty. En realidad la casa no es de ella precisamente, sino de sus padres, sin embargo, como ya se mencionó ellos regresaron hace un tiempo ya a su pueblo, por lo que le dejaron la casa a ella, si no como de su propiedad, si al menos a su cuidado. Desde que dejó de trabajar dedica casi la mayor parte de su tiempo al cuidado de su hijo; algunas ocasiones se van los fines de semana ella y su hijo a la casa de su hermana o con sus padres. En cuanto al padre del niño, este es una persona casada, estado del cual Sabrina tenía conocimiento desde antes de que lo empezara a tratar.

#### *Factores*

Una vez transcritas las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de su contenido de lo cual se derivaron los siguientes factores que se consideraron como importantes motivos en su decisión de ser madre soltera, así como el esquema que plantea las relaciones entre estos factores. A continuación se presentan los factores, las siglas correspondientes y los comentarios que derivaron a estos:

**Decisión de ser madre soltera (DECMSOL).** Es la decisión que toma una mujer de ser madre soltera de acuerdo a los siguientes aspectos:

**Historia familiar (HF).** Son acontecimientos y sentimientos vividos en la familia de origen que influyen en la decisión de ser madre soltera.

#### *Comentarios*

«Creo que en primer lugar, está tu experiencia de lo que viviste en tu familia», «... existen cosas que tú viste en tu familia que no deseas repetir; tanto como pareja, como en la educación de tus hijos; casi siempre evitas educar a tus hijos como lo hicieron contigo. Además siento que la imagen del hombre como jefe de familia está desvalorada», «... no quieres repetir cosas que tú viste en tu familia. En mi caso, yo me conozco y sé que hay cosas que no podría soportar si

llegaran a ocurrir. Para mí es mejor no llegar a eso. No me gustaría estar detrás de la persona para que cumpla con algo que a lo mejor se comprometió y no lo cumplió».

**Relación de pareja (RELP).** Es el vínculo emocional que se establece con otra persona del sexo opuesto.

### Comentarios

«Bueno, es difícil de explicar. En realidad, empieza uno por involucrarse con alguien poco a poco. Empieza uno por hablar del día, después pasa uno a cuestiones como tu familia, y después a cuestiones personales, finalmente terminas por hablar de lo emocional. Es como ir por etapas. Se va dando poco a poco. Pero es claro que no quieres tener una relación de por vida», «Cuando vas tratando a la persona empiezas a valorar algunas cosas de ella. Es algo como... no quiero utilizar el término de cualidades, porque no son cualidades propiamente dicho; es algo que tú vas valorando de esa persona, pero que nada más son para ti».

**Factores biológicos (FB).** Son los factores inherentes al proceso de reproducción natural que determina la posibilidad de procrear.

### Comentarios

«No, yo no creo que tenga que ver la edad con la decisión. Si estás pensando que en algún momento yo me preocupé por el hecho de pensar que a lo mejor por mi edad se me estaba pasando el último tren, o que ya no se iban a acercar a mí... no, eso no pasó conmigo», «de todas maneras no pienso que influya la edad».

**Imagen del hijo (IMAH).** Son las expectativas que se crean respecto al hijo procreado.

### Comentarios

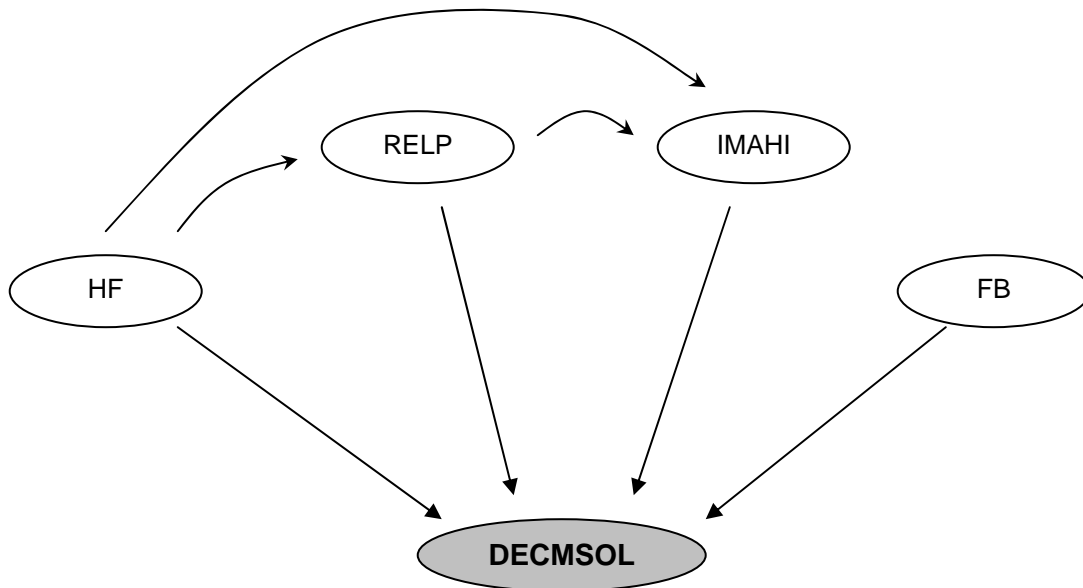
«... es como... quizás piensen que es como algo mágico, pero es como si quisieras que todo aquello que has vivido con esa persona se manifestara en alguien; de tenerlo presente a través de un hijo».

**Influencia en la entrevista (INFENT).** Son los comentarios que puede hacer el sujeto respecto a la influencia de las preguntas y el lenguaje no verbal en sus respuestas.

**Comentarios**

«Creo que me estás psicoanalizando», «Cambias tu expresión cuando te digo algo. Como si de momento hay cosas con las que no estuvieras de acuerdo», «... cuando veo que cambias tu expresión ya no puedo expresarme libremente, ya que como siento que estás de acuerdo conmigo, prefiero callarme y no decir más sobre lo que te estaba platicando».

**Relaciones**



#### Parte IV. DISCUSIÓN

Estas entrevistas dejan ver, desde mi punto de vista, tres aspectos relevantes dignos de analizar: la imagen devaluada del hombre como jefe de familia, la concepción del hijo como una forma de idealizar la relación a través de él (y por tanto permanecer de alguna manera vinculada, si no física, sí emocionalmente con el padre del niño) y la forma en que se influye en el proceso de investigación.

En el primer aspecto, lo que me llamó la atención fue el hecho de que si Sabrina plantea que existe una devaluación del hombre como para establecer una relación de pareja, ¿por qué desear tener un hijo de quien considera devaluado? Esto en sí mismo me parece una contradicción, y por lo mismo interesante de poder tratar y aclarar posteriormente, ya que el argumento que ella dio no parece que la explique. Asimismo, la idea de que el hijo constituya la realización material de esa relación, creo que implica también el anhelo de conservar parte de la imagen del hombre que ha escogido como padre de su hijo. Así, por las respuestas dadas pareciera ser que en los hechos no existiera esa devaluación de la cual habla en un principio, y que su decisión de ser madre soltera más bien tendría que ver con otros aspectos como su historia familiar y el significado personal que le ha dado a esa historia. Esto es, que la decisión está en ella y no en el otro.

El otro aspecto que considero notable, es el relacionado a la influencia que puede tener el investigador a la hora de realizar el trabajo de campo; esto debido a la polémica de, hasta dónde influimos en la investigación. En el caso concreto de las entrevistas que llevé a cabo, la retroalimentación que me dio Sabrina me reveló, cómo de manera inconsciente y a través de mi lenguaje analógico influí, si no en la veracidad de sus respuestas, sí en cuanto a su extensión y forma de expresarlas, como lo hizo notar en su comentario. Ante este hecho, considero importante tratar de ser más consciente del impacto que tienen las respuestas del entrevistado en uno como investigador —y como persona, por supuesto— y reflexionar acerca de los pensamientos y emociones provocadas por ellas, con la idea de influir lo menos posible en el flujo de información.





