

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
RESIDENCIA DE TERAPIA FAMILIAR**

***Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:
Un acercamiento al tratamiento de familias
con enfermos crónicos.***

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Méndez Llamas Maribel

Directora:

Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo

Comité Tutorial:

Dra. María Blanca Moctezuma Yano

Dra. Luz del Lourdes Eguiluz Romo

Dra. Dolores Mercado Corona

Dra. María Elena Rivera Heredia

Mayo, 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

I. LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO: TERAPEUTAS EN FORMACIÓN

1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide la Terapia Familiar.....	1
1.1.1 Análisis del campo psicosocial.....	2
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.....	3
1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	6
1.2 Caracterización de los escenarios del trabajo clínico	8
1.2.1 Descripción de los escenarios.....	8
• Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.....	8
• Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.....	12
• Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”.....	14
Trabajo y participación en los distintos escenarios de Clínicos.....	16

II. BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.1 Marco teórico-epistemológico de la Terapia Familiar.....	18
2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	18
• Teoría General de Sistemas (TGS).....	19
• El Grupo de Palo Alto.....	21
• Teoría de la Comunicación Humana.....	22
• Influencia de Milton Erickson.....	27
• El pensamiento posmoderno en la terapia familiar	27
2.1.2 Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	33
• Modelo Estructural.....	33
• Modelo Estratégico.....	46
• Terapia Breve centrada en el problema (MRI).....	54
• Terapia Breve centrada en las soluciones.....	61
• Escuela de Milán.....	71
• Terapias Posmodernas.....	76

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: UN ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO DE FAMILIAS CON ENFERMOS CRÓNICOS

3.1 Familias con enfermos crónicos.....	89
3.1.1 Caso Hilda.....	91
3.1.2 Caso 2. Inés.....	99
3.1.3 Caso 3. Familia Saldaña.....	108
3.1.4 Caso 4. Familia Corona.....	115
3.2 Habilidades de investigación.....	131
3.2.1 La exploración de la estructura familiar en mujeres adolescentes.....	132
3.2.2 El Género en la Terapia Familiar: Una visión Posmoderna.....	141
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.....	152
3.3.1 Productos tecnológicos:	
• Tríptico: <i>¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?</i>	152
• Manual: <i>“El Ciclo Vital de la Familia”</i>	154
3.3.2 Programa de Intervención Comunitaria	
• Taller de Intervención Comunitaria:	
<i>Amar ¿te duele? Prevención de noviazgos violentos</i>	155
3.3.3 Reporte de la presentación del trabajo realizado en un foro académico.....	159
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.....	161

**IV. LA FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR:
EL RECUENTO DE LA EXPERIENCIA.....167**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....171

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento: “*Exploración de la Estructura Familiar en Mujeres Adolescentes*”.

Anexo 2. Tríptico: *¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?*

INTRODUCCIÓN

El presente **Reporte de Experiencia Profesional**, está constituido por cuatro capítulos donde se aborda amplia información sobre la Terapia Familiar y su campo de acción. En el primer capítulo *La Terapia Familiar en México: Terapeutas en Formación*, se exponen diversos problemas de salud pública donde la Terapia Familiar proporciona importantes elementos teóricos y prácticos para el desarrollo de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Se concluye este apartado con la descripción de los escenarios clínicos donde los terapeutas en formación, pusieron en práctica los diferentes modelos de Terapia Familiar, asimismo se muestra una breve reseña de las problemáticas atendidas durante el periodo de la residencia.

En el segundo capítulo *Bases Epistemológicas de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna*, se abordan ampliamente los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos que sustentan a los diversos modelos de Terapia Familiar.

En el tercer capítulo *Desarrollo de competencias clínicas, de enseñanza y de investigación. Un acercamiento al tratamiento de familias con enfermos crónicos*; se presenta una breve explicación de las consideraciones clínicas para el tratamiento de familias con enfermos crónicos, el cual se ejemplifica con un caso clínico atendido desde el modelo de Terapia Breve centrado en las soluciones. Posteriormente, se presenta el análisis de otros casos clínicos: uno de terapia de pareja, un de terapia familiar y otro de terapia individual. Respecto a las competencias de enseñanza y de investigación, se presentan: dos investigaciones (cuantitativa y cualitativa), dos materiales de prevención primaria, un taller comunitario para prevención de la violencia en el noviazgo y el reporte de la participación académica y en un foro de divulgación nacional.

En el cuarto y último capítulo *La formación en Terapia Familiar: el recuento de la experiencia*, se exponen las ideas, pensamientos y reflexiones que surgieron durante la participación como terapeuta, co-terapeuta y miembro del equipo terapéutico.

I. LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO: TERAPEUTAS EN FORMACIÓN

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

Las diversas transformaciones políticas, económicas, tecnológicas, científicas y sociales a lo largo de la historia, generan importantes influencias para la conformación y la dinámica de las familias. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y se requieren nuevas habilidades, las familias se adaptan y organizan para dar respuesta a las demandas y exigencias de su grupo social; así las relaciones sufren transformaciones que se inician en el núcleo familiar (Minuchin, 1986).

Los cambios sociales, tales como la explosión demográfica, la urbanización, la incorporación al trabajo remunerativo de ambos progenitores, o las familias con un solo progenitor, entre otros factores, han llevado a institucionalizar cambios en el interior de la familia. Cada vez se observa una mayor participación económica de los distintos miembros de la familia, lo cual implica cambios en su composición y estructura.

Sin duda, la familia se encuentra en una etapa de transición, donde los modelos anteriores son insuficientes para hacer frente a las demandas que la época actual impone. Ante esta situación, la familia y la sociedad se encuentran en un proceso continuo de transformación, generando modelos alternos que ayuden a enfrentar las posibles vicisitudes.

Toda transformación implica cambios, y éstos a su vez implican crisis y ajustes en el interior de la familia; de esta manera, surge la necesidad de estudiar y proporcionar tratamiento a la familia en su conjunto.

La Terapia Familiar tiene sus inicios en la década de los años cincuentas, en el campo de la psiquiatría surge la necesidad de incluir al menos a un familiar para obtener mayor información del miembro sintomático, por lo que se va desplazando el interés de lo intrapsíquico, a las relaciones presentes entre los miembros de la familia. A partir de este momento, surge un nuevo eje de análisis, el cual incluye las relaciones interaccionales entre los miembros de la familia.

La Terapia Familiar se basa en el hecho de que el individuo es un miembro activo, en constante transformación e interacción con diversos grupos sociales. Para el campo de la psicoterapia, este enfoque es novedoso, ya que no se centra solamente en el individuo y su “patología” (Minuchin, 1986).

1.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Las estadísticas muestran que hoy, a diferencia de hace 3 o 4 décadas, las familias en México tienden a tener menos hijos, las relaciones conyugales muestran una propensión a durar menos años,

hay un aumento en el nivel educativo de las mujeres, como también más participación femenina en la fuerza laboral, por lo tanto, tiende a haber cada vez menos hogares en donde el hombre sea el único sostén económico y más con múltiples proveedores.

Otro fenómeno importante, es el aumento de hogares uniparentales, con una marcada predominancia de mujeres al frente de estos hogares. Por el lado contrario, una de las dinámicas familiares que menos a cambiado, es la tendencia a depositar en las mujeres las labores domésticas, éstas parecen seguir siendo responsabilidad de las mujeres, independientemente de su nivel educativo y su actividad laboral, así como de su participación en otras responsabilidades familiares; aun cuando hay más colaboración masculina en las tareas familiares, las labores domésticas se siguen conceptualizando como responsabilidad de las mujeres.

Las estadísticas evidencian los cambios en la estructura de las familias en México en la última década. Se distinguen dos tipos de hogares, los familiares (que incluyen un jefe de la familia, el cónyuge e hijos) y los no familiares (uniparentales). Entre 1990 y 2000 se ha observado una disminución en los hogares familiares y un aumento en los uniparentales. Por otro lado, dentro de los hogares familiares, la familia extensa sigue teniendo un papel importante, pues mientras el porcentaje de familia nuclear se ubica en 48.7%, las extensas se presentan en el 35.9% de los casos. Estos datos pueden estar hablando de una tendencia significativa en la presencia de familias uniparentales, pero también de una relativa constancia del estilo tradicional de México en cuanto a familia extensa se refiere¹.

En México, se observan las mismas directrices que en el resto del mundo, si bien las tendencias son menos marcadas. Parece que el cambio se está dando de manera más paulatina, en un grado mayor en las grandes urbes y mucho menor en las zonas rurales (Rodríguez, 1999).

1.1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

De acuerdo con las tendencias mencionadas y los consecuentes cambios que se están gestando al interior y exterior de las familias, en las últimas décadas se ha dado mayor atención a diversas problemáticas que actualmente son consideradas como problemas de salud pública. A continuación se analizan brevemente algunas de estas problemáticas:

- ◆ **VIOLENCIA FAMILIAR.** Afecta a toda la población, pero especialmente a mujeres, niños y niñas sin distinción de estrato socioeconómico ni grado académico. La principal fuente de violencia para la mujer proviene de su pareja conyugal; en estos casos la violencia toma forma de agresión verbal, prohibiciones, golpes y amenazas de muerte. En cuanto a la

¹ Fuente INEGI. Tasa de jefatura por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1950-2000.

problemática de violencia familiar, el INEGI reporta que los resultados obtenidos del 2003, muestran que el 46% de las mujeres al menos han vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses, y los porcentajes de las formas de maltrato son los siguientes: el 38% emocional, 9% físico y el 7% sexual y el 29% económica. Es importante señalar la forma en que interactúan estos datos pues el grupo de mujeres que reciben o reportan más episodios de violencias son las económicamente activas, los otros grupos se refieren a las mujeres que siguen sólo actividades domésticas y quienes llevan otra actividad remunerada. De acuerdo con estos datos, las mujeres que reportan violencia familiar son aquellas que llevan un doble rol, el de amas de casa y el de proveedoras².

La siguiente tabla especifica la frecuencia según tipo de maltrato que se ha presentado hacia los niños durante los últimos tres años.

Tipo de maltrato	2001 ^{P a}	2002 ^{P b}	2003 ^{P b}
Físico	27.5	31.2	28.6
Abuso sexual	4.1	4.7	4.6
Abandono	6.4	6.5	9.2
Emocional	20.7	20.4	26.7
Omisión de cuidados	26.6	23.4	25.2
Explotación sexual comercial	0.1	0.3	0.2
Negligencia	10.0	13.4	7.6
Explotación laboral	1.2	1.1	0.9
^a La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es inferior al cien por ciento, ya que no se logró especificar el tipo de maltrato de algunos niños. ^b La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es superior al cien por ciento, porque un menor puede sufrir más de un tipo de maltrato. FUENTE: DIF. Dirección de Asistencia Jurídica. Datos actualizados al 15 de octubre de 2004			

- ◆ **SIDA.** Desde su aparición en México en el año de 1983, ha ido en aumento, afectando principalmente a hombres, aunque sigue incrementándose constantemente en las mujeres. Debido a que la causa de transmisión de este virus sigue siendo predominantemente vía sexual, se hace evidente que falta mucho en materia de educación sexual y en prácticas preventivas, tema concerniente a todas las instituciones sociales, entre ellas la de la familia.



² Fuente: INEGI Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes, Ags., México, 2004.

- ◆ **MALTRATO INFANTIL.** Va en aumento y suele ser ejercido principalmente por las mujeres, seguidas por los padres, padrastros, madrastras y abuelos. El trabajo de muchas instituciones y organizaciones que se encargan principalmente de atender y abordar el maltrato hacia mujeres, niñas y niños, ha hecho evidente la necesidad de abordar este fenómeno como un problema de salud pública y, por tanto, las acciones de investigación, asistencia y prevención consecuentes.

- ◆ **CRIMINALIDAD.** Hoy en día más del 65% de todos los hechos criminales en el país, son perpetrados por personas menores de 25 años. 20% de las familias en México, algo así como 4.4 millones de familias, tienen de este tipo de conflictos al interior de sus hogares. Y siendo la familia la principal productora de equilibrio emocional, de afecto, de cariño y de amor, podemos decir que estamos sufriendo una crisis de afecto. Lo que da al traste con cualquier tipo de acción preventiva que el gobierno federal, los estatales y los municipales, quieran iniciar para combatir la inseguridad pública, como el “Cero Tolerancia” o cualquier otro.

- ◆ **DROGADICCIÓN.** Es un problema que ha tomado dimensiones importantes es el consumo de alcohol y drogas por parte de la población adolescente. Las estadísticas nacionales e internacionales reportan un aumento en la cantidad de jóvenes farmacodependientes y una disminución de la edad en la que comienzan el consumo. En el caso específico de México, la evidencia epidemiológica indica, que hay ciertos antecedentes familiares que pudieran estar aumentando el riesgo de consumo de sustancias en este grupo etario, como son la desintegración familiar, la violencia doméstica, la ausencia de uno de los progenitores, el hacinamiento, el uso y abuso de sustancias dentro del grupo familiar, entre otros. (Martínez, 2003). Una situación relacionada con los niños y jóvenes en situación de calle, son los datos que presenta el CONADIC, muestra porcentajes de menores que consumen drogas distinguiendo entre aquellos que viven en su casa y aquellos que se encuentran en situación de calle. Es necesario cuestionarse que estará pasando dentro del núcleo familiar, que los niños(as) prefieren formar vínculos fuera de éste, forman grupos o redes con su grupo de pares donde de alguna forma solventan aquellas necesidades que en su grupo familiar no han podido satisfacer. A continuación se muestran las tablas que presenta esta institución³.

³ Fuente: Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, DIF/IMP, 1998

Viven con su familia		SI	NO			SI	NO
Inhalables		2.4%	19.0%			0.7%	5.5%
Mariguana		2.6%	13.9%		0.6%	6.0%	
Cocaína		0.5%	2.6%		0.2%	3.0%	
Pastillas		0.5%	4.6%		0.3%	2.7%	
Cualquier droga		5.6%	32.8%		1.9%	12.9%	

Uso de drogas entre menores que viven con o sin sus familias

- ◆ **INICIO DE LA VIDA CONYUGAL A TEMPRANA EDAD.** Todavía amplios sectores de la población mexicana inician su vida conyugal a edades tempranas. La alta prevalencia de este tipo de uniones suele considerarse, además de un factor que obra en contra de los razonamientos previos sobre la autonomía, como un problema potencial de salud reproductiva, sobre todo cuando los embarazos ocurren antes de que se haya alcanzado la plena madurez fisiológica. En muchas ocasiones, las uniones prematuras se originan por embarazos precoces, con frecuencia no deseados. Paralelamente, afectan la situación de las mujeres, ya que por lo general las orillan a abandonar los estudios y a perpetuar las condiciones de desventaja con las que inician su vida familiar. Por ejemplo, está documentado que las mujeres que se unen precozmente tienen mayores probabilidades de terminar su periodo reproductivo con una descendencia mayor: quienes iniciaron su vida conyugal antes de los 18 años lograron una descendencia de 4.8 hijos doce años después, mientras que las mujeres que iniciaron su vida conyugal a partir de los 23 años presentan una paridad de 3.2 hijos en el mismo lapso⁴.

Los problemas presentados son solo ejemplos de como el cambio en la estructura familiar está influyendo en la salud y el bienestar de la población mundial. De acuerdo con lo anterior, se considera que este tipo de problemáticas representan el tipo de quejas que con frecuencia caracterizan el trabajo terapéutico dentro de instituciones y en la práctica privada.

Estos problemas requieren de la formación de profesionales para atender las demandas de la población y en este caso las demandas de tipo terapéutico, consejo o apoyo a las familias que lo soliciten.

⁴ CONAPO (1995). Encuesta Nacional de Planificación Familiar. ENAPLAF: México.

En estos reajustes dentro de las familias generan conflictos que pueden alterar la salud y el funcionamiento de éstas, y es aquí en donde está el reto para los profesionales.

1.1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

Existen problemas de salud pública que inciden directamente en el grupo familiar, tales como: la violencia familiar, la drogadicción, el maltrato infantil, el embarazo adolescente, la migración, los altos índices de criminalidad, los niños en situación de calle, entre otros; los factores de riesgo que interactúan al interior y exterior de las familias inciden directamente en los problemas mencionados.

La Terapia Familiar es una alternativa de tratamiento psicoterapéutico que analiza e interviene sobre los distintos sistemas y macrosistemas involucrados en estos problemas de salud pública.

Las terapias familiares basadas en una orientación sistémica consideran como principios básicos (Andolfi, 1991):

- a) La familia como un sistema en constante transformación.
- b) La familia como sistema activo que se autogobierna, mediante reglas que se han desarrollado y modificado a través del tiempo.
- c) La familia como un sistema abierto en interacción con otros sistemas.

De acuerdo con estas premisas la Terapia Familiar es una alternativa de tratamiento que incide sobre la familia y otros sistemas, no se centra únicamente en el miembro de la familia “identificado como problema”, sino su eje de análisis se amplía hacia las relaciones con otras áreas y factores. En este sentido, no se buscan causas únicas y lineales, sino la interacción de diversos sistemas en el aquí y el ahora.

Las explicaciones sistémicas y ecológicas analizan la interacción del individuo dentro de distintos microsistemas y macrosistemas, una conducta cobra significado en el contexto donde se produce, y se aleja de explicaciones intrínsecas sobre las patologías y los problemas.

La adopción del pensamiento posmoderno a la práctica de la Terapia Familiar, implica lo siguiente (Lax, 1996):

- Cambio de las estructuras y las verdades universales, por la pluralidad de ideas sobre el mundo.
- Cambio de los sistemas homeostáticos, por la idea de que los sistemas sociales son generativos y los estados de desequilibrio son productivos y normales.
- Los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él.

- Cambio de los modelos de terapia jerárquicos y orientados hacia el experto, por modelos de configuración lateral, en los que cliente y terapeuta comparten responsabilidades dentro del proceso terapéutico.

La adopción de una postura diferente a la tradicional, es decir, una relación terapéutica no jerárquica (el cliente es el experto en su problema), una posición de curiosidad, enfatizar el uso del lenguaje en las conversaciones y una actitud colaborativa, ha sido de gran utilidad para el manejo clínico de algunas problemáticas, por ejemplo: el abordaje con niños desde la Narrativa; el trabajo con generadores de violencia también desde la Narrativa; los Equipos de Reflexión como generadores de transformación y cambio, así como múltiples alternativas para la familia; la disolución (más que la resolución) de problemas desde las conversaciones terapéuticas.

En conclusión, la Terapia Familiar proporciona una amplia gama de marcos teóricos y conceptuales para el trabajo clínico con distintas problemáticas de salud pública. Provee de una extensa serie de herramientas metodológicas para el análisis, prevención e intervención de problemáticas multifactoriales que afectan actualmente a nuestra sociedad.

1. 2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

El Programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar considera para la adquisición y el desarrollo de habilidades clínicas, realizar actividad terapéutica en distintas sedes internas y externas a la Facultad de Psicología, UNAM. Se realizó actividad terapéutica con supervisión directa en el Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*”, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “*Dr. Juan N. Navarro*” y supervisión videograbada en el Centro Comunitario “*Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro*”.

1. 2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA” FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Una vez que la Facultad de Psicología de la UNAM, se constituye como tal después de haber estado adscrita como escuela a la Facultad de Filosofía y Letras, surgió un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica que diera atención a la comunidad. La creación de este proyecto se justificó con base en la necesidad de un nuevo programa de psicólogos clínicos a nivel posgrado, ya que se requería de un espacio en el que se conjugaran aspectos académicos con la práctica clínica, cumpliendo al mismo tiempo una función social. La creación del Centro de Servicios Psicológicos para la comunidad, cumpliría con el entrenamiento a los psicólogos clínicos en habilidades de atención individual, de pareja, familiar y de grupo.

El 8 de mayo de 1981, fue inaugurado oficialmente el primer centro de atención comunitaria en la Facultad de Psicología, estando a cargo de su coordinación la Lic. Josette Benavides. Originalmente este centro se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, y es hasta 1983 que adquiere su autonomía.

Los principales objetivos del Centro son:

- ◆ Proporcionar atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la comunidad en general, enfocando dicho servicio a los siguientes aspectos:

Informativo, proporcionar, mediante un banco de información institucional, la orientación necesaria acerca de las diversas instituciones que ofrecen servicios en el área de la salud mental.

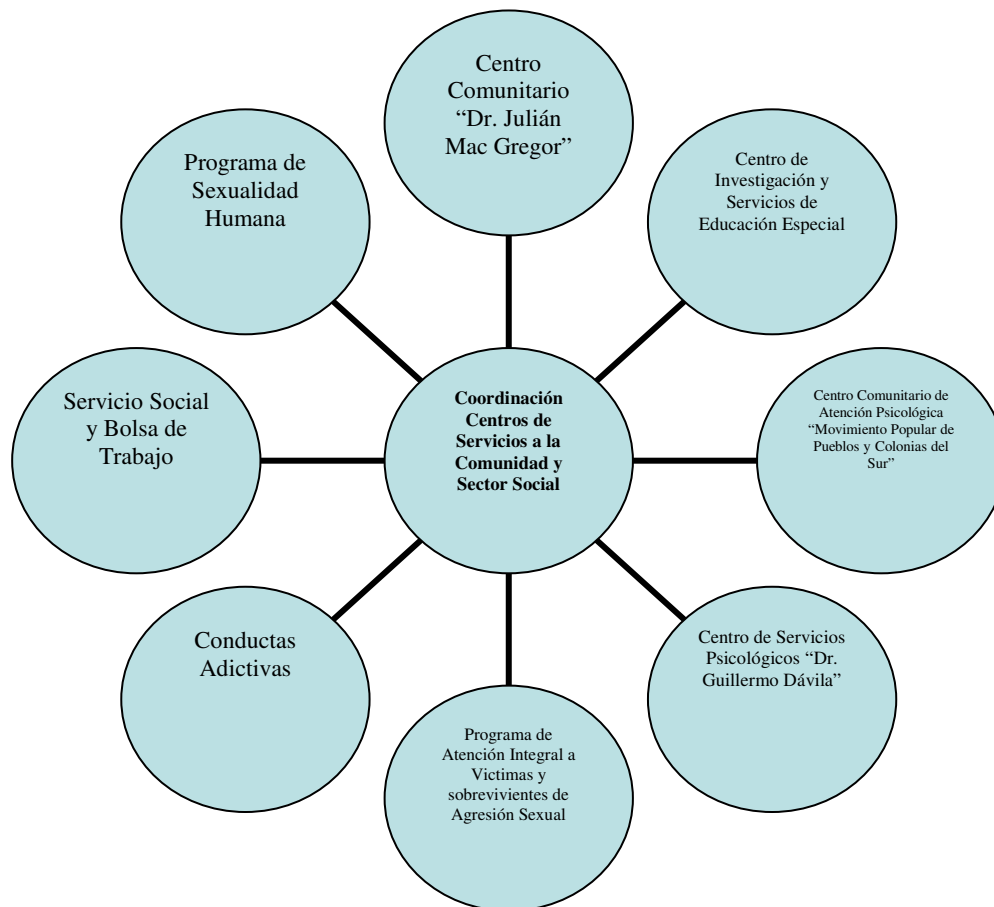
Preventivo, por medio de ciclos de conferencias, talleres, cursos, mesas redondas sobre temas relevantes para la comunidad.

Académico, mediante la organización de talleres relativos a hábitos de estudio, ansiedad ante los exámenes, etc.

Terapéutico, a través de las diferentes modalidades terapéuticas que ofrece el centro (terapia individual, familiar, infantil, grupal, etc.).

- ◆ Apoyar a la docencia en el desarrollo de programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, desde diversas especialidades, contando para ello con la estrecha supervisión de maestros altamente calificados.
- ◆ Fortalecer la producción científica y la investigación aplicada, a través de incidir en problemas sociales reales que requieren la atención del/a psicólogo/a.
- ◆ Difundir los productos del quehacer psicológico, a través de participar en foros científicos y en la comunidad.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector social.



Características de la Sede:

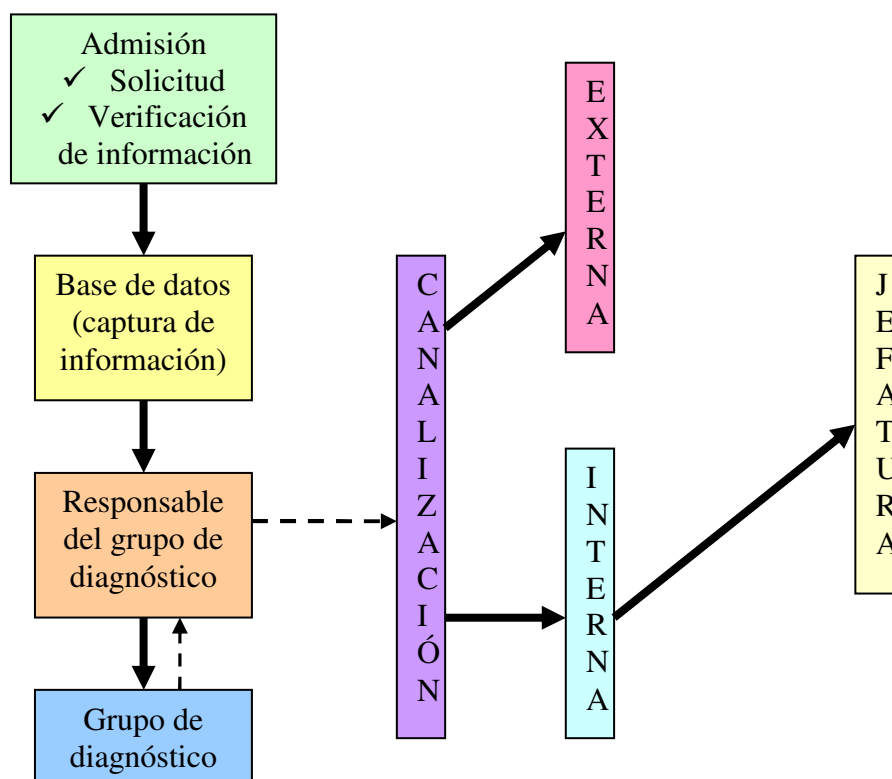
- ◆ **Ubicación.** El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en el sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología de la UNAM, en Av. Universidad #3004, en Ciudad Universitaria.
- ◆ **Servicios de la Sede.** Los servicios que se proporcionan en el CSP son de orientación, canalización, evaluación diagnóstica, tratamiento y docencia. Para ello, cuenta con diferentes programas de atención a cargo de las residencias de Maestría y terapeutas que trabajan diferentes corrientes psicológicas.
- ◆ **Recursos Humanos.** En el CSP existen diversos psicólogos que brindan un servicio comunitario, algunos de ellos realizan servicio social, prácticas académicas o prácticas profesionales. Los terapeutas en formación que forman parte de los distintos programas de Maestría en Psicología, realizan prácticas clínicas de supervisión directa. Respecto a la residencia de Terapia Familiar se encuentran 20 terapeutas en formación realizando terapia familiar, de pareja e individual; dentro de esta misma residencia se encuentran 7 terapeutas encargados de la supervisión clínica de manera directa.
- ◆ **Recursos Físicos.** El CSP para cumplir con su labor cuenta con 12 cubículos de atención individual; 5 cámaras de gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas (sillones, sillas, mesas, etc.); 1 sala con equipo de cómputo y teléfono para terapeutas, residentes y estudiantes de servicio social; una recepción y área administrativa; una sala de espera; una cocineta y 2 sanitarios.

El nivel de atención que proporciona esta sede a la comunidad es secundario, ya que asisten a pedir el servicio psicológico las personas que ya presentan un problema. Para ser atendidas, las personas deberán llenar una solicitud y acompañarla de una identificación oficial, las cuales presentarán en la recepción del Centro, con lo cual tendrán acceso a una primera entrevista o preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista, una vez recibidas las solicitudes, cada programa se encarga de citar a las personas de acuerdo con sus horarios de atención. El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, siendo el solicitante quién decide el monto que puede pagar, el cual deberá cubrir antes de presentarse a su cita.

Los diferentes programas a través de los cuales el Centro proporciona sus servicios son:

- ◆ Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- ◆ Terapia con enfoque psicoanalítico.
- ◆ Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.
- ◆ Modificación de hábitos alimenticios.
- ◆ Terapia Familiar.
- ◆ Terapia de pareja.
- ◆ Retroalimentación biológica.
- ◆ Terapia conductual infantil
- ◆ Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos.

La organización y funcionamiento del CSP se explica a través del siguiente flujograma, donde se ejemplifican los pasos a seguir de los usuarios de este centro.



HOSPITAL PSQUIÁTRICO INFANTIL
“DR. JUAN N. NAVARRO”
SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA)

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” forma parte de las sedes clínicas de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, donde un grupo de residentes realiza su ejercicio profesional.⁵

Población

El hospital atiende a niños y adolescentes entre 0 y 17 años con once meses de edad. Principalmente a niños con problemas de salud mental, discapacidades en el desarrollo y problemas emocionales asociados a múltiples factores, relacionados con alguna alteración en el desarrollo, problemas de bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.

Antecedentes y Funcionamiento

El hospital se inauguró el 24 de octubre de 1976, con tres unidades de hospitalización: la Unidad de adolescentes varones, la Unidad de adolescentes mujeres y áreas de cuidados prolongados dirigidas a la atención de pacientes crónicos con alteraciones en el desarrollo como: epilepsia y daños orgánicos severos.

Durante la década de los años ochentas se implementó un modelo de equipo interdisciplinario, la cual funciona a través de un responsable médico paidopsiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. En las unidades de hospitalización se integran el área de enfermería e intendencia (éste último proviene de compañías externas que dan servicio al hospital). En ese momento la forma de trabajo consistía en la realización de una entrevista de primera vez, la historia clínica, pruebas psicológicas y la discusión del psicodiagnóstico. El área de Terapia Familiar y Modificación Conductual formaba parte de un bloque psicopedagógico en el área específica de Psicología. Había 2 psicólogos en Modificación Conductual, 7 psicólogos en psicodiagnóstico y 6 en psicopedagogía, además de aproximadamente 20 médicos, personal de enfermería y áreas afines.

Siempre han existido servicios complementarios de pediatría, laboratorio clínico y rayos X, neuropsiquiatría y rehabilitación física. Cuando inició el hospital existía un laboratorio de Genética para el trabajo con niños con Síndrome de Down, pero más tarde este servicio se ha canalizado a otras instituciones.

⁵ Conversación personal con la T. F. Silvia Becerril, adscrita al servicio de Terapia Familiar en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Posteriormente se conformaron varias clínicas como: la *Clínica del Desarrollo*, atiende a pacientes entre 0 y 6 años de edad con alteraciones del desarrollo (inmadurez por hipoxia hasta retraso mental y epilepsia), el tratamiento está enfocado principalmente a aspectos conductuales y al entrenamiento de los pares respecto al control farmacológico.

La *Clínica de la Conducta* atiende a niños entre 6 y 12 años de edad, dirigida a pacientes con déficit de atención con o sin hiperactividad.

La *Clínica de las Emociones* atiende a niños de entre 6 y 12 años de edad con cuadros de depresión, ansiedad, fobias y trastornos afectivos en general.

La *Clínica de la Adolescencia* atiende las crisis normales de la adolescencia (pacientes de entre 12 y 17 años) con trastornos depresivos y problemas de conducta. También proporcionan el servicio de terapia grupal de niños y terapia grupal de padres.

La *Clínica PAINAVAS* atiende a niños de entre 0 y 12 años de edad que han sufrido abuso sexual. Se trabaja con terapias grupales e individuales.

Todas las clínicas trabajan de manera multidisciplinaria.

En la década de los años noventas se crea la *Unidad de Hospitalización PAIDEA*, atiende a niños y adolescentes con problemas de adicciones, anteriormente la problemática se ubicaba entre los 14 y 17 años de edad, pero actualmente desde los 10 años. Se crea a partir de una donación de la Comunidad Europea y se maneja a través de consulta externa y hospitalización.

Existe una *Unidad de adolescentes* (una para varones y otra para mujeres), donde se hospitaliza a pacientes entre 12 y 17 años de edad con depresiones o cuadros psicóticos. Depresiones con o sin intento de suicidio o riesgo.

También existe otra área o *Unidad de Cuidados Prolongados* donde se atiende a niños que fueron abandonados con un retraso mental profundo con cuadros orgánicos severos.

A partir de los años noventas se hace una reestructuración y se crea la División de *Rehabilitación psicosocial*. Se trata de un grupo de atención psicopedagógica que dividen la atención en área maternal y escolar, atienden a niños con inmadurez neurológica que puede propiciar problemas de lecto- escritura o problemas de bajo rendimiento escolar.

Se crea el hospital de día, el cual se encarga de atender a niños básicamente con autismo. Hay terapeutas de lenguaje y maestros de educación especial.

Respecto a las actividades de Enseñanza, debido a la gran demanda en la población se requiere de profesionales que prestan servicio social. Actualmente se encuentran profesionales de distintas universidades, quienes realizan estudios de posgrado en Neuropsiquiatría, Pediatría, Paidopsiquiatría, Terapia Familiar, Pedagogía y Psicología.

Terapia Familiar

Los paidopsiquiatras son quienes hacen las canalizaciones al servicio de Terapia Familiar, se basan en el psicodiagnóstico y en ocasiones se esclarece el motivo de consulta durante la primera entrevista familiar.

El servicio de Terapia Familiar se encuentra básicamente abocado a la terapia de pareja, familia y de grupo.

El objetivo es otorgar terapia familiar a los padres o tutores de los menores que acuden al hospital para generar un cambio en su ambiente y brindarle mayores apoyos al menor para facilitar logros y avances tangibles en su recuperación.

Existen algunos criterios específicos de admisión a este servicio, no se trabaja con familias de pacientes psicóticos, es necesario esperar a que los pacientes salgan del cuadro psicótico.

El servicio de Terapia Familiar depende de la Coordinación de Psicoterapia, dentro de este bloque se encuentran todas las modalidades terapéuticas como: cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, análisis conductual aplicado y terapia familiar.

El servicio actualmente cuenta con 5 terapeutas familiares, quienes ejercen su práctica clínica desde distintas enfoques teóricos. También se encuentra un grupo de 6 terapeutas en formación.

CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MCGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO” FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Esta sede clínica fue fundada con posterioridad al Centro de Servicios “Dr. Guillermo Dávila”, pero basada en el mismo objetivo de articular la teoría y la práctica en el ejercicio profesional de la Psicología.

Los principales objetivos de este Centro son:

- ◆ Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la licenciatura en Psicología y sus diferentes posgrados, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos y actividades, que redunden en beneficio para la comunidad en la que se encuentra ubicado el Centro.
- ◆ A partir del conocimiento de las características y problemáticas de dicha comunidad, contribuir a la comprensión e incidencia de las mismas, contando para ello con la participación activa de los diferentes grupos que conforman la colonia.

Este Centro Comunitario se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo Mz 21 Lt. 24 en la colonia Ruíz Cortines de la delegación Coyoacán. Cuenta con una sala de espera, una

recepción, dos cámaras de gesell, equipadas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, dos aulas para impartir cursos o talleres, una biblioteca, una sala de computo y varios cubículos para profesores y un amplio comedor (para alumnos y terapeutas).

Con excepción del Programa de Terapias, este Centro ofrece un nivel de atención primaria, ya que el énfasis de sus programas se encuentra en los aspectos preventivos. Para ser atendidas dentro del Programa de Terapias, las personas se presentan al Centro a solicitar el servicio y proporcionan sus datos así como su motivo de consulta, con lo cual dependiendo de la capacidad que tenga el Centro en esos momentos, se decide si se les canaliza a otras instituciones o al Programa de Terapias. Si se decide esto último, los datos de las personas son proporcionados a los terapeutas, los cuales las citan dentro de sus horarios de trabajo. El costo de la consulta es de \$50.

Los diferentes programas a través de los cuales esta sede proporciona a la comunidad sus servicios son:

- ◆ Violencia familiar.
- ◆ Problemas en las relaciones de pareja.
- ◆ Participación ciudadana.
- ◆ Problemas escolares.
- ◆ Salud reproductiva y sexualidad.
- ◆ Cultura organizacional y capacitación laboral.
- ◆ Adicciones.
- ◆ Hábitos.
- ◆ Conservación del medio ambiente.
- ◆ Programa de servicio terapéutico.

1.2.2 TRABAJO Y PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

Durante la formación terapéutica recibí un curso de supervisión clínica directa para cada uno de los modelos teóricos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Estructural, Estratégico, Terapia breve centrada en el problema y centrada en las soluciones, Escuela de Milán y las terapias posmodernas como la Narrativa, los Equipos de Reflexión y el Colaborativo, así mismo también se contó con un espacio de supervisión donde se integraron los diferentes modelos.

La actividad realizada en el Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro” fue de manera videograbada, la cual consistió en recibir retroalimentación teórica, metodológica y en relación a la persona del terapeuta a través de las videograbaciones de cada una de las sesiones.

Durante la formación terapéutica, el equipo terapéutico proporcionó los siguientes servicios:

MODALIDAD TERAPÉUTICA	SUPERVISIÓN		PROBLEMÁTICAS
	Directa	Narrada	
Terapia Individual	31	5	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la relación de pareja. • Violencia doméstica. • Crisis de ansiedad. • Depresión. • Problemas con la familia extensa. • Proceso de divorcio, triangulación con el subsistema parental. • Problemas en la crianza de los hijos • Problemas en las relaciones interpersonales. • Dificultad en el control de impulsos. • Reincorporación a la vida laboral después de una embolia. • Sobreviviente de abuso en la infancia. • Crisis de identidad. • Ideas de ineficacia.
Terapia de Pareja	7	2	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas conyugales para el establecimiento de acuerdos. • Desconfianza y celos. • Violencia en el noviazgo. • Escalada simétrica y distanciamiento emocional.
Terapia Familiar	15	6	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis normativas de la etapa del ciclo vital con hijos escolares. • Crisis normativas de la etapa del ciclo vital con hijos adolescentes. • Crisis normativas de la etapa del ciclo vital del Nido Vacío. • Violencia familiar. • Triangulación de los problemas conyugales. • Divorcio. • Duelo. • Pseudosuicidio en hija adolescente. • Ideación suicida en hija de 9 años.

En el siguiente cuadro se exponen las características generales de los casos atendidos por mí de manera individual y en co-terapia, en las distintas sedes clínicas de este programa.

Terapeuta	Modalidad Terapéutica	Supervisor	Modelo	Situación			Sede			Problemática
				A	B	C	1	2	3	
Maribel Méndez/ Roberto Chávez	T. Familiar	Ma. Elena Rivera Nora Rentería	Estratégico Soluciones	X			X			Violencia Familiar Consumo de drogas Problemas de conducta
Maribel Méndez/ Julio C. Cortés	T. Familiar	Piedad Aladro Patricia Moreno Sin supervisión	Terapia Breve	X			X			Problemas de conducta (autoridad)
Maribel Méndez	T. Individual	Mary Blanca Moctezuma	Terapia Breve	X			X			Dificultad para tomar decisiones Sobrecarga de responsabilidades familiares y económicas.
Maribel Méndez	T. Pareja	Raymundo Macías	Dinámico-Sistémico-Integrativo	X			X			Desconfianza y celos en la relación de pareja.
Maribel Méndez	T. Familiar	Jacqueline Fortes	Integración de modelos		X		X			Problemas de conducta (hijo menor)
Maribel Méndez	T. Individual	Flavio Sifuentes	Dinámico-Sistémico-Integrativo	X				X		Dificultad para tomar decisiones, infidelidad de la pareja.
Maribel Méndez/ Anel Gómez	T. Familiar	Silvia Becerril	Integración de modelos		X				X	Sobreinvolucramiento en la relación madre-hijo, Dx. TDAH
Maribel Méndez/ Anel Gómez	T. Familiar	Silvia Becerril	Integración de modelos	X					X	Problemas en la relación madre-hija
Maribel Méndez/ Anel Gómez	T. Familiar	Silvia Becerril	Integración de modelos	X					X	Problemas relacionados con la etapa adolescente

SITUACIÓN:

A: ALTA

B: BAJA

C: CONTINUA ACTIVO

SEDE:

1: "Dr. GUILLERMO DÁVILA"

2: "Dr. JULIÁN MC GREGOR"

3: "Dr. JUAN N. NAVARRO"

II. BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.1 MARCO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DE LA TERAPIA FAMILIAR

La Terapia Familiar Sistémica ha estado en constante transformación a partir de su surgimiento en la década de los años cincuentas, se han desarrollado diferentes modelos psicoterapéuticos, lo cual lleva a una diversidad de aproximaciones desde la perspectiva conceptual y epistemológica (Vargas, 2004).

Los modelos de Terapia Familiar Sistémica y las Terapias Posmodernas, se han desarrollado en diversos contextos sociales, económicos y culturales, lo cual ha favorecido la particularidad en el desarrollo de sus aspectos metodológicos y conceptuales. Por ejemplo, los modelos Estructural y Estratégico son más afines con los principios normativos, el funcionamiento y la estructura familiar; los modelos de Terapia Breve enfatizan los procesos comunicacionales e interaccionales; el modelo de la Escuela de Milán resalta los valores, las creencias y la historia de la familia; y por último, los modelos que adoptan el pensamiento posmoderno, como la Narrativa, los Equipos de Reflexión y la Colaborativa consideran al lenguaje como constructor de realidades.

De acuerdo con lo anterior, los modelos sistémicos se fundamentan epistemológicamente en: la Teoría General de Sistemas, la Cibernética de Primer y Segundo Orden, la Teoría de la Comunicación Humana y la Teoría del Doble Vínculo desarrollada por el Grupo de Palo Alto. Además tienen una influencia importante las aportaciones clínicas y la Hipnosis de Milton Erickson.

2.1.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Hacia finales de los años cuarentas se desarrollaron importantes investigaciones que dieron origen al campo de la Terapia Familiar Sistémica. El contexto intelectual favoreció el desarrollo y la interacción de los conocimientos provenientes de las ciencias “duras” y “blandas”, es decir, comienzan a integrarse elementos de ciencias como la ingeniería, la física, las matemáticas, la cibernética, etc., a las ciencias del comportamiento y sociales, lo cual dio lugar a explicaciones más integrales que llevaron a una teoría de la totalidad y la organización, de tal forma que la Terapia Familiar adoptó a la Teoría General de Sistemas y a la Cibernética como nuevas teorías que explican el funcionamiento familiar (Bertalanffy, 1991).

De 1946 a 1953 se llevaron a cabo una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr., donde los científicos de las ciencias clásicas y del comportamiento, propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes, en este contexto intelectual se propusieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la ingeniería, sino también en la biología y en las ciencias sociales (Vargas, 2004).

◆ **Teoría General de Sistemas (TGS)**

La Teoría General de Sistemas (TGS) fue desarrollada por von Bertalanffy, su trabajo “*General System Theory*” fue publicado durante los últimos años de la década de los años sesentas. En 1937 se presentó en el seminario filosófico de Charles Morris en la Universidad de Chicago, pero temió por las críticas en torno a teorizar en biología (en aquel entonces era mal visto) y fue hasta después de la segunda guerra mundial que publicó sus trabajos.

El momento en que dio a conocer sus ideas ya existían las condiciones necesarias en el contexto tecnológico e intelectual para ser aceptadas, además de que existían elementos en otras disciplinas que favorecían a su teoría. Las disciplinas que proporcionaban marcos conceptuales favorables para su teoría fueron las siguientes:

- ✓ *Cibernética*, basada en el principio de retroalimentación (líneas causales circulares), proporcionan elementos que explican la persecución de metas y el comportamiento autocontrolado.
- ✓ *Teoría de la Información*, conceptúa a la información como una magnitud medible mediante una expresión isomorfa de la entropía negativa en física y desarrolla los principios de su transmisión.
- ✓ *Teoría de los Juegos*, a través de conceptos matemáticos explica la competencia racional entre dos o más antagonistas en pos de la ganancia máxima y pérdida mínima.
- ✓ *Teoría de la Decisión*, analiza las elecciones racionales dentro de las organizaciones humanas, basadas en una situación dada y sus posibles consecuencias.
- ✓ *Matemáticas Relacionales*, incluye campos no métricos tales como las teorías de las redes y de las gráficas.
- ✓ *Análisis Factorial*, análisis matemático de factores en fenómenos multivariados.

La TGS proporciona elementos conceptuales aplicables a fenómenos concretos, pues parte de la concepción del sistema como un complejo de componentes interactuantes, característicos de

totalidades organizadas, tales como la interacción, la suma, la mecanización, la centralización, la competencia, la finalidad, etc. De esta manera, aún cuando surge de las ciencias clásicas, comienza a ampliar su marco de aplicación a ciencias humanas como la biología, el comportamiento y las ciencias sociales; lo cual implica nuevas categorías de pensamiento científico.

En este sentido, la TGS se convierte en un nuevo modelo de pensamiento dirigido a proporcionar una síntesis que integre y unifique los diferentes enfoques presentes hacia una teoría de la totalidad y la organización. Se ubican una serie de motivos conducentes a su postulación:

1. Exigencias de una nueva tecnología, que va más allá de los modelos explicativos, predictivos, reduccionistas y lineales de la física tradicional.
2. Inclusión de modelos que implican aspectos interaccionales, multivariados, organización, automantenimiento y directividad, de tal forma que es necesaria la introducción de nuevas categorías en el pensamiento y la investigación científica.
3. Además de la causalidad lineal (causa-efecto) considera la interrelación de más variables y, por lo tanto, se requiere de nuevas herramientas conceptuales.
4. No supone barreras entre la biología, las ciencias del comportamiento y la sociedad.
5. Evidencia la necesidad de la expansión de la ciencia a nuevos modelos conceptuales.
6. Considera modelos interdisciplinarios que son aplicables a diferentes campos.

Ante la evidencia de la necesidad de ampliar las herramientas, conceptos y modelos, fue importante considerar los métodos en la investigación general de los sistemas. Ashby en 1958 (citado en Bertalanffy, 1991), describe dos métodos para el estudio de sistemas:

1. Método empírico-intuitivo, cercano a la realidad, ilustra y verifica considerando ejemplos de distintos campos de la ciencia. Carece de valor deductivo.
2. Método deductivo de los sistemas, describe al sistema dinámico a través de ecuaciones diferenciales, ordinarias con el tiempo como variable independiente. Sin embargo, esta concepción puede verse limitada al incluir sistemas biológicos y máquinas a la vez. Ante tal situación, define a la “máquina con entrada” y la considera como un sistema autoorganizador, donde responde a: 1) “tránsito de lo no organizado a lo organizado”, y posteriormente, 2) “tránsito de una mala organización a una buena”; por lo que el sistema sería autoorganizador, si se hicieran automáticamente los cambios, ya sea a través de la retroalimentación positiva o negativa.

La TGS proporciona elementos conceptuales aplicables a fenómenos concretos, que pueden ir desde las ciencias clásicas hasta las ciencias del comportamiento y sociales, de tal forma que llevan a explicaciones y modelos diferentes a los tradicionales (reduccionistas, lineales y mecanicistas), se caracteriza por ser un modelo más expansivo e integrador, que considera las interacciones de cada uno de los elementos dentro de un sistema.

Retoma de la cibernética, de la teoría de la información y de las matemáticas elementos aplicables al comportamiento de los seres humanos y su relación con otros sistemas. Surgen los siguientes conceptos: sistema, organización, autoorganización, retroalimentación (positiva o negativa), sistema abierto, sistema cerrado, entropía, energía, totalidad, equifinalidad, isomorfismo, homeostasis, morfogénesis e interdependencia.

◆ El Grupo de Palo Alto

Gregory Bateson lideró una serie de trabajos sobre la Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación, lo que más tarde conformarían las bases conceptuales de la Terapia Familiar. El llamado “Proyecto de Bateson” se desarrolló en el *Veterans Administration Hospital* entre 1953 y 1962, el grupo estuvo conformado por John Weakland, Jay Haley, William Fry y Don Jackson.

En el contexto de las conferencias Macy, Bateson mantiene contacto con Wiener y adopta una gran cantidad de conceptos de la Cibernética para aplicarlos al estudio de la comunicación, las interacciones y las paradojas; también retoma las aportaciones teóricas de Whitehead y Russell respecto a la Teoría de los Tipos Lógicos (Wittezaele y García, 1994).

Inicialmente Bateson se interesa por observar los patrones de interacción en animales, posteriormente en el Hospital de Veteranos el Grupo de Palo Alto comienza a trabajar con pacientes esquizofrénicos y sus familias, desarrollan el concepto de la doble coacción y lo publican en 1956 con el título “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*” (Hoffman, 1987).

En este artículo se manejaron dos principios fundamentales para la Terapia Familiar Sistémica, dichos principios se basaron en lo siguiente:

- La familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación reactivados por errores, considerando al síntoma en función de la homeostasis para conservar el equilibrio del sistema familiar.
- La hipótesis del Doble Vínculo fue planteada como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones

conflictivas de la relación. Esta expresión alude a mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

De 1953 a 1962 los diferentes miembros del Grupo de Palo Alto publicaron más de sesenta artículos, en común solo publicaron dos: *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (1956) y *Una nota sobre la doble coacción* (1962).

En este último artículo el Grupo de Palo Alto define una posición común sobre la doble coacción, consideran que es una clase de secuencias cuando los fenómenos son estudiados bajo el concepto de niveles de comunicación; que es una condición necesaria, pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia, y a su vez, es un derivado de la comunicación esquizofrénica; y por último, que es una situación de “personas cogidas” en un sistema continuo que engendra definiciones conflictivas de la relación y, por consiguiente, un sufrimiento subjetivo (Witzezae y García, 1994).

Don Jackson se interesa por desarrollar los aspectos terapéuticos del Doble Vinculo y funda en 1959 el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto. Gregory Bateson no se integra a este proyecto, pero continúan las investigaciones precedentes hasta su partida en 1963.

◆ **Teoría de la Comunicación Humana**

Dentro del marco conceptual de la TGS y de la Cibernética, el estudio de la conducta humana se desplaza de explicaciones lineales y causales, a una visión centrada en una lógica recursiva, donde se deja de poner atención a aspectos intrapsíquicos y se enfatizan los aspectos interrelacionales de la conducta (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

Al introducir una nueva perspectiva de análisis en la comunicación humana, se hace necesario desarrollar cambios conceptuales.

La Teoría de la Comunicación Humana supone que el ser humano se ve envuelto en un proceso de aprendizaje desde su nacimiento, el cual le permite organizar la información proveniente de su medio, enseñándole lenguajes y reglas acerca de los mismos. Las reglas organizan la conducta de las personas, mediante pautas regladas de información compleja, precisa y totalmente fuera del nivel de percatación, salvo cuando las reglas son violadas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

Desde una perspectiva sistémica, el análisis de la conducta se amplía de tal forma que se incluyen los efectos de una conducta sobre los demás y las reacciones de estos últimos frente a aquella y el contexto en que todo tiene lugar. Con lo anterior se hace evidente que el foco se

desplaza desde la monada artificialmente aislada, hacia la “relación” entre las partes de un sistema más amplio (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

En el estudio de las manifestaciones observables de la comunicación se recurre al estudio de la pragmática, donde toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda la comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos interpersonales, afectan a la conducta; considerando no sólo el efecto que tiene sobre el receptor, sino incluso sobre el emisor (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

El enfoque comunicacional de la conducta humana se sustenta conceptualmente en el estudio de las matemáticas donde se hace uso de conceptos tales como relación, función y variable, de manera que se permita hacer una simbolización de las relaciones. Además es importante señalar, la inclusión de la cibernética y la retroalimentación para determinar una cadena circular y no lineal en el análisis de la conducta (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

La organización el proceso de información y de las interacciones, se exponen a través de los llamados Axiomas de la Comunicación. A continuación se exponen los cinco axiomas de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas.

Axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación: NO ES POSIBLE NO COMUNICARSE.

- ✓ Toda conducta es comunicación, a través de distintos modos de conducta: verbal, tonal, postural, contextual, etc.
- ✓ No se puede dejar de comunicar, ya que con o sin actividad uno se comunica (palabras o silencio) hay influencia en los demás.
- ✓ Comunicación conciente e inconsciente.
- ✓ Cuando el mensaje emitido difiere del recibido constituye otro nivel de análisis.
- ✓ El esquizofrénico se comporta como si evitara comunicarse.

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

Contenido: aspecto referencial "transmisión de datos".

Relación: aspecto connotativo, resulta idéntico al aspecto metacomunicacional.

Metacomunicación: información acerca de información transmitida. La confusión entre ambas lleva a un resultado carente de significado.

Metacomunicarse lleva a comunicarse en forma eficaz y adecuada. Las confusiones en la comunicación y la metacomunicación llevan a la paradoja.

AXIOMAS COMUNICACIONALES

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

Interacción: intercambio de mensajes entre comunicantes.
Serie de comunicaciones: secuencia ininterrumpida de intercambios "puntuación de la secuencia de los hechos" organizador de la conducta. Sin embargo, la falta de acuerdo en la manera de puntuar causa conflictos en las relaciones, problema relacionado con la incapacidad para metacomunicarse en la manera de puntuar su interacción.

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

Lenguaje digital: sintaxis lógica compleja, carece de semántica adecuada en el campo de la relación.

Lenguaje analógico: posee semántica pero no una sintaxis adecuada para la naturaleza de las relaciones.

Comunicación digital: aspectos relativos al contenido del mensaje.

Comunicación analógica: comunicación no verbal, aspectos relativos a la relación entre los comunicantes.

Importancia pragmática: tanto el emisor como el receptor deben traducir de manera adecuada el modo digital y el analógico del mensaje, ya que puede implicar una gran pérdida de la información.

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

Cismogénesis: proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos.

Concepto que surge a partir de la investigación que realiza Bateson con la tribu Iatmul en Nueva Guinea. "pseudosimetría" A permite u obliga a B a ser más simétrico.

Cada uno de los axiomas implica cierta patología, se considera que la mejor manera de ilustrar los efectos pragmáticos de los axiomas consiste en relacionarlos con los trastornos que pueden desarrollarse en la comunicación humana.

AXIOMAS COMUNICACIONALES	COMUNICACIÓN PATOLÓGICA
<i>Axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación: NO ES POSIBLE NO COMUNICARSE.</i>	Esquizofrenia y las situaciones paradójicas. Los pacientes se comportan como si trataran de negar que se comuniquen y encuentran necesario negar también que esa negación constituya en sí mismo una comunicación. Da la impresión de “querer” comunicarse sin aceptar el compromiso inherente a toda comunicación.
<i>Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.</i>	Desacuerdos y confusiones entre los niveles de contenido y relacionales. Un problema se observa en resolver algún desacuerdo en diferentes niveles, a veces se quiere resolver a nivel de contenido y el problema es a nivel relacional. Una posibilidad para su solución es la metacomunicación.
<i>La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.</i>	Implica las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales. El conflicto se basa en pretender identificar cuál es la causa y cuál el efecto, cuando en realidad ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interrelación.
<i>Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.</i>	La dificultad para traducir de una comunicación analógica a una digital.
<i>Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.</i>	Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria.

En el siguiente cuadro se explican brevemente las características de la patología en la comunicación.

LA COMUNICACIÓN PATOLÓGICA

Una forma de ilustrar los efectos pragmáticos de la comunicación es relacionándolos con los trastornos como la Esquizofrenia, ya que se comportan como si trataran de negar la comunicación y posteriormente niegan esa negación.

Esquizofrenia

Utilización de un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados (distintos e incompatibles), lo que lleva a una situación paradójica.

Existen situaciones que además de presentarse en un trastorno, se pueden presentar en la comunicación entre cualquier persona, a través de las siguientes tácticas (concientes e inconcientes):

- ✓ Rechazo, silencio.
- ✓ Aceptación.
- ✓ Descalificación, invalidar la comunicación (autocontradicciones, incongruencias, cambio de tema, etc.).
- ✓ Síntoma, fingir (conciente, inconciente) la incapacidad que justifique la imposibilidad para comunicarse. Cuando la persona logra convencerse a sí misma "tiene un síntoma" (neurótico, psicossomático o psicótico)

El estudio de los trastornos en la comunicación se basa en estos **desacuerdos, las confusiones entre los niveles de contenido y relacionales**. Frente a un desacuerdo es necesario que se defina y se hable de la relación, lo cual implica metacomunicarse.

Niveles de la Comunicación

- a) Contenido: Secuencia de la comunicación digital.
 - b) Relacional: hablar de la relación implica un nivel metacomunicacional.
- Los trastornos en los niveles de contenido y relacionales se describen:
1. Adecuado, los participantes concuerdan en el contenido y en la definición de la relación.
 2. Inadecuado, situación desacuerdo en el contenido y también en la relación.
 3. Formas mixtas:
 - ✓ Desacuerdo en el contenido, pero ello no perturba la relación.
 - ✓ Están de acuerdo en el contenido y en la relación.
 - ✓ Confusiones en el contenido y en el de relación "querer resolver un problema relacional en el nivel de contenido (donde no existe)".
 - ✓ Dudar en la percepción del nivel de contenido, a fin de no poner en riesgo una relación vital con otra persona. Paradoja.

Interacciones simétrica y complementaria

Son dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Ambas pueden estar en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. Llevan a mecanismos de homeostasis.

Hablar en el campo metacomunicacional implica lo siguiente en el campo de la pragmática, jerarquías en el nivel relacional:

- ✓ Confirmación.
- ✓ Rechazo.
- ✓ Desconfirmación.

Puntuación secuencial

Puede existir una discrepancia entre causa-efecto de un comportamiento, sin embargo, no es aplicable, ya que existe una circularidad en las interacciones.

Esto lleva al concepto de profecía autocumplidora, se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada, por lo que individuo considera que sólo está reaccionando ante esas actitudes y no que las provoca.

Otra fuente de conflicto consiste en la **difficultad para traducir de una comunicación analógica a una digital**.

Estudio de patologías:

Simétrica: competencia, rechazo del self del otro (sana: respeto, confianza, confirmación realista y reciproca del self).

Complementaria: desconfirmaciones del self, observación de sentimientos progresivos de frustración y desesperanza en uno o en ambos.

◆ **Influencia de Milton Erickson**

Milton Erickson también asistió a las conferencias Macy durante los años cincuentas, por lo que sus ideas sobre la hipnosis llamaron la atención de Haley y Weakland durante la investigación sobre las paradojas; dichos autores estudiaron el tipo de comunicación terapéutica que empleaba Erickson, sus estrategias terapéuticas, así como sus ideas referentes a las problemáticas psicológicas y psiquiátricas (Vargas, 2004).

En las conversaciones que Haley y Weakland tuvieron con Erickson, descubrieron que el trabajo que proponía no se adecuaba a la teoría que ellos proponían, sin embargo, sí era de gran utilidad para inducir el cambio, Erickson no se preocupaba por conceptos de homeostasis y función del síntoma, pero sí en lo que podría hacer para inducir el cambio en la persona. De esta manera la influencia de Erickson contribuyó de manera importante en la formulación de una teoría del cambio propuesta por el MRI (Vargas, 2004).

Para Erickson la hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana (González-Montoya, 2004).

Esta comunicación se logra a través de trance hipnótico, éste es un estado alterado de conciencia que permite a la persona ponerse en contacto consigo misma, sin perder la conciencia y la capacidad de alerta, participa activamente en su propio proceso terapéutico y/o de entrenamiento emocional.

Se entiende a la hipnosis en un sentido interaccional, a través del lenguaje el terapeuta y el individuo o la familia alcanzan un estado de conducción y construyen una nueva realidad.

◆ **El Pensamiento Posmoderno en la Terapia Familiar**

Las ideas que caracterizan al pensamiento posmoderno comienzan a desarrollarse durante el siglo XX, surgen aportaciones en distintas ciencias como: la física, la biológica, la filosofía, la cibernética, entre otras. Estas ideas contrastan con la idea de un universo y un sí mismo cognoscible, así como con la eliminación de sesgos humanos como cánones metodológicos y cuyo lenguaje de observación produzca una ciencia “verdadera”. Por el contrario, reconoce la existencia de realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente que se oponen a una comprensión en términos objetivistas. De esta forma, en el campo de la psicología se le otorga un

papel crucial al *lenguaje* como el instrumento que permite la construcción y el significado del mundo real.

Durante la década de los años cincuentas, el contexto intelectual favoreció el desarrollo de los planteamientos posmodernos, el clima intelectual de ese momento se caracterizó por el cuestionamiento de las ideas de la Modernidad. Una de las teorías pioneras de la influencia posmoderna en la psicoterapia es la Teoría de los Constructos Personales de G. Kelly, la cual desde una visión constructivista se opone a las descripciones metodológicas y la idea de verdades únicas y absolutas (Neimeyer, 1998).

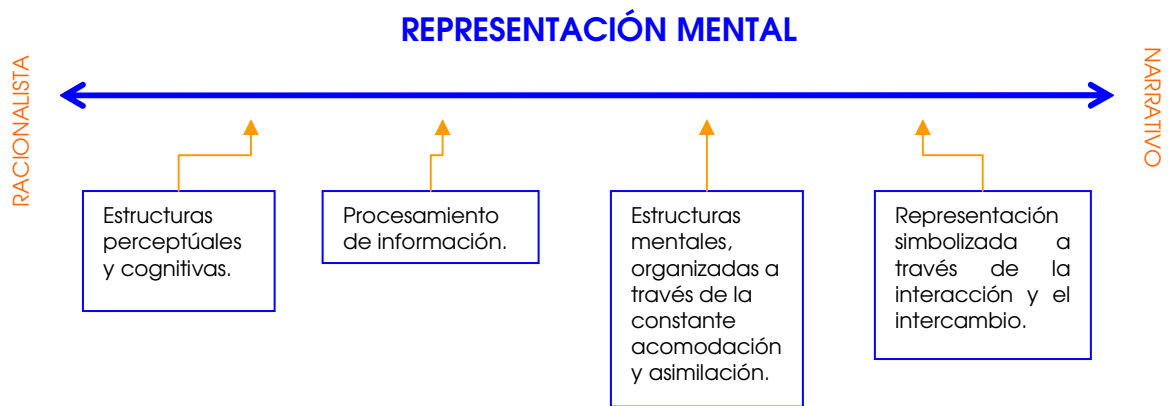
La Teoría de los Constructos Personales le otorga al lenguaje un papel fundamental, éste se convierte en un instrumento para el análisis de la realidad individual y social de la persona, lo cual da como resultado un paradigma que relativiza al conocimiento de una verdad única y absoluta, de manera que se considera la diversidad de realidades, no se aspira a un “mundo real”, sino se toma al lenguaje como el instrumento que proporciona los recursos simbólicos para acceder a una realidad, no única, sino divergente.

Basada en estos principios, el Constructivismo en la psicoterapia se basa en los siguientes objetivos:

- La creación de un significado más que la “corrección” de supuestos disfuncionales o déficit en el pensamiento, emociones o conducta del cliente.
- La evaluación está dirigida a la identificación y reformulación de las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente.

La representación mental es un punto fundamental para el Constructivismo, con frecuencia surge el cuestionamiento relacionado con las formas en que las personas llegan a representar mentalmente la información acerca de sí mismos y del mundo, al respecto existen dos posiciones contradictorias sobre la naturaleza de las representaciones cognitivas: el paradigma racionalista y el paradigma narrativo (Gonçalves, 1989).

Lyddon (1998), considera que es posible observar cómo en cada tipo de constructivismo se considera la representación mental, sí se consideran en los extremos al paradigma racionalista y en el otro extremo al narrativo. Lo anterior se ejemplifica en el siguiente esquema.



En este esquema se observa como dentro de las diferentes teorías constructivistas la representación mental tiene distintas consideraciones. Al respecto Mahoney, Millar y Arriero (1989), exponen una Metateoría Constructivista, donde más que hacer un sistema conceptual monolítico del constructivismo, reconocen la diversidad de las teorías individuales, los autores señalan algunos de los principios básicos de la Metateoría Constructivista para la naturaleza de la representación mental:

1. El término representación es, en sí mismo, confuso y poco afortunado, puesto que se aplica por igual a contenidos como a procesos de creación mental, además de poseer connotaciones con símbolos concretos que pueden llegar a “sustituir” a sus referentes.
2. Los términos, conceptos y símbolos utilizados para describir actividades mentales no son isomorfos con esas actividades.
3. Las actividades mentales a las que se apela en los modelos representacionales e informáticos no son ni “copias” icónicas que se corresponden con sus referentes ni proposiciones simbólicas formales.
4. Las funciones tradicionalmente reconocidas de “almacén” y “recuperación” de la memoria, así como las manipulaciones simbólicas se considera, erróneamente, que actúan sobre los contenidos mentales, en vez de reconocer el contenido (producto de los procesos de auto-organización).
5. La “representación” mental implica, hasta el límite de lo comprensible, patrones de actividad, abstractos, complejos y dinámicos, que crean los contenidos mentales estudiados tradicionalmente.

Se puede concluir, que las personas no poseen representaciones mentales, sino interpretaciones de sus mundos, es decir, que a través del lenguaje la persona expresa su realidad externa, sin embargo, no la puede ver tal cual.

Por otra parte, las aportaciones de la Cibernética también proporcionaron importantes elementos conceptuales para el desarrollo epistemológico del Constructivismo en la psicoterapia. Wiener durante la primera mitad del S. XX, comienza a hablar de la retroalimentación, no sólo en las máquinas, sino también su aplicación a los seres humanos como una forma de explicar el control y la propia autorregulación del sistema. De esta manera, la Cibernética se convierte en una ciencia que estudia la actividad preactiva e intencional del ser humano, situación congruente con los postulados del Constructivismo, donde se considera al ser humano como un individuo activo en la construcción de su realidad (Feixas, 2000).

La Cibernética aplicada a los sistemas humanos se desarrolló en dos etapas, la primera se centró primordialmente en el concepto de retroalimentación negativa como mecanismo fundamental para el mantenimiento del sistema en sus parámetros básicos de organización, es decir, para mantener el equilibrio y la homeostasis. En la segunda etapa se habló de la retroalimentación positiva, caracterizada por el cambio, donde la morfostasis (equilibrio) y la morfogénesis (cambio) no se consideran como opuestos, sino como inseparables y complementarios para el mantenimiento del sistema. Como lo señalaría Gregory Bateson, todo cambio como el empeño para mantener cierta constancia y toda constancia se mantiene a través del cambio (Feixas, 2000).

La Cibernética de Segundo Orden se caracteriza por ser un meta nivel cualitativamente distinto del anterior, se involucran los siguientes cuestionamientos: ¿cómo operan los sistemas observadores para observar cómo operan ellos mismos en su observar, siendo que toda variación perceptual en ellos es función de las variaciones preceptuales que ellos mismos experimentan? En los sistemas humanos sería: ¿cómo puede una persona conocer su propia actividad cognoscitiva, si su dinámica cognoscitiva es a la vez su propio instrumento del conocer?

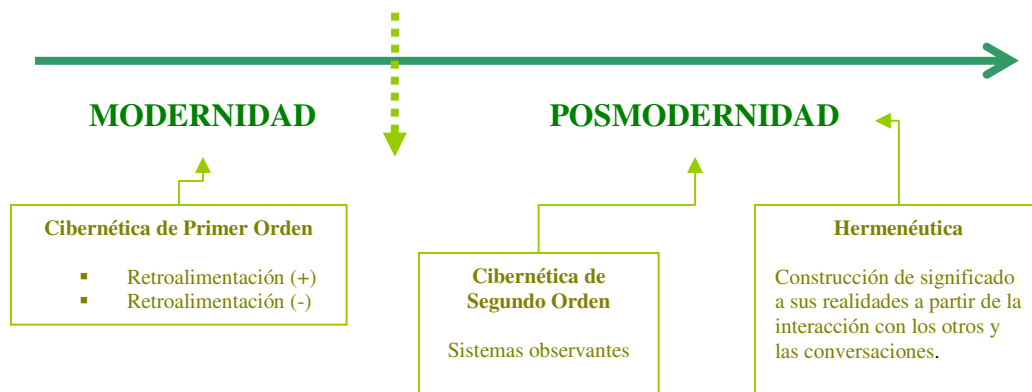
Para responder a este cuestionamiento, se parte de que el rol de observador que construye la realidad observada es fundamental en la cibernética de segundo orden. La realidad deja de ser independiente de la organización por parte del observador. En resumen la cibernética de segundo orden trata de dar las pautas de relación que se dan en los procesos recursivos de la observación (Feixas, 2000).

Lo anterior muestra que los elementos epistemológicos de la Cibernética de Primer y Segundo orden (principalmente ésta última) son totalmente congruentes con las necesidades de un nuevo marco conceptual diferente a la concepción del ser humano como pasivo, determinista y positivista; la Cibernética proporciona elementos que apoyan la idea de realidades múltiples, donde

el individuo juega un papel activo en la construcción de su realidad y que además su observación o percepción es determinante para esta construcción.

Como toda teoría en el desarrollo científico, es reemplazada por nuevas metáforas, en este caso la Cibernética de Primer y Segundo Orden no proporciona elementos muy claros acerca las características individuales de la persona, de su contexto y momento histórico y social, por lo que la Hermenéutica proporciona elementos que ayudan a construir más claramente el proceso de construcción de la realidad a través de la interacción social y de la interpretación y significado de la propia narración e historia de la persona.

De esta manera la Hermenéutica comenzó a ser utilizada dada la tarea de entender, comprender y dar un significado a una realidad que construye la persona a través del lenguaje, puesto que la realidad se considera como la construcción que resulta de la interacción y la conversación con los otros. En el siguiente esquema se muestra gráficamente cómo ha ido cambiando de una epistemología Cibernética a una basada en la Hermenéutica.

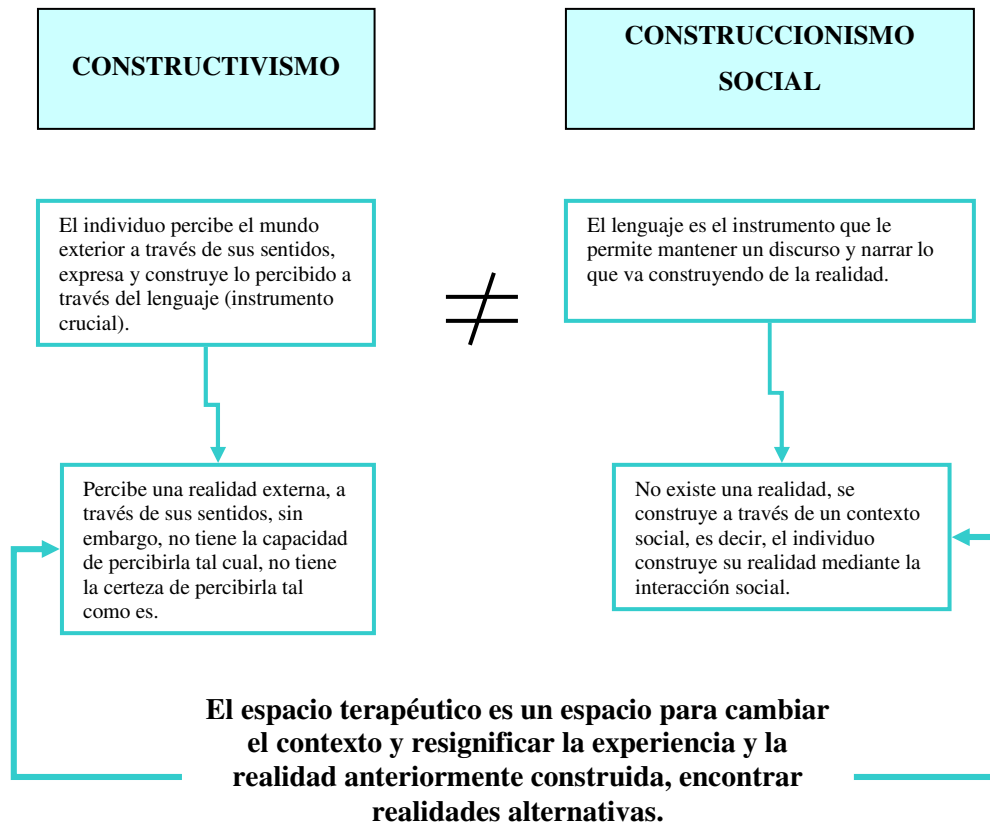


En la medida que se le da mayor importancia al lenguaje, al significado y a la relación dentro de un contexto de interacción social, la psicoterapia comienza a adoptar los principios conceptuales de la Teoría del Construccinismo Social.

Las psicoterapias basadas en una epistemología Construccinista Social o Socioconstruccinista, consideran que la mente no refleja el mundo, que las palabras no reflejan el contenido de la mente, y que por lo tanto las palabras no reflejan el mundo o la realidad. Se considera que la realidad son convenciones culturales históricamente situadas y mediadas a través del lenguaje; el significado de las palabras no deriva de los procesos que supuestamente representa, sino el lenguaje es metafórico y lleva a un significado.

El Constructivismo y el Construccinismo Social parten epistemológicamente del cuestionamiento a los principios que caracterizan a la Modernidad. Se observa una diferencia

fundamental, la cual está relacionada con su postura ante la realidad, para el Constructivismo la realidad existe aún cuando no se puede acceder a ella y para el Construccinismo Social no existe una realidad, sino se tiene una noción de ella a través de la interacción social. En el siguiente esquema se muestra esta diferencia.



Al considerar el espacio terapéutico como un espacio para resignificar la experiencia y co-construir realidades alternativas a través del lenguaje, el diálogo y la conversación terapéutica, se comienza a adoptar como epistemología a la Hermenéutica. Anderson (1999), considera al sistema terapéutico como un sistema lingüístico donde se generan significados alternativos, como un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante y un facilitador-participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber”.

En este sentido, la terapia se centra en la capacidad del sistema terapéutico para relatar o relacionar los hechos en un contexto diferente. En la medida que se generan nuevas narraciones “historias aún no contadas”, es posible llegar a un cambio como consecuencia de una conversación en un contexto diferente (espacio terapéutico).

Limón (2005), señala dos vertientes en las nuevas conversaciones terapéuticas, la primera se relaciona con el derecho a mantener el comportamiento en cuestión y/o el sistema de significados predominante, lo cual implica el respeto, la tolerancia a la diferencia y la pluralidad (el derecho a la diferencia de Foucault); por otra parte, la segunda vertiente se relaciona con el derecho a cambiar dichos aspectos, lo cual habla de la idea de que nuestro punto de vista es una construcción social que puede ser modificada, ampliada o abandonada.

De acuerdo con lo anterior, el terapeuta que trabaja bajo la postura de las terapias posmodernas es importante que esté alerta ante la amenaza de suponer o invalidar demasiado pronto sobre lo que asienta la teoría del cliente, en necesario que enfatice la empatía, la colaboración y el respeto ante el cambio.

Las terapias posmodernas fomentan la armonía en las cuestiones implícitas, a menudo inarticuladas de la conducta del cliente, intenta ayudarlo a tejer a lo largo de su experiencia hilos de significado que lleven a encontrar respuestas provisionales o preguntas mejores y más incisivas. De tal forma que la persona, a través del lenguaje llegue a representar nuevas identidades menos “saturadas del problema”.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

◆ MODELO ESTRUCTURAL

Introducción

Salvador Minuchin desarrolló el Modelo Estructural a partir de su trabajo terapéutico la *Philadelphia Child Guidance Clinic* durante los años sesentas y setentas. Se interesó por el trabajo con poblaciones marginadas de origen latino, donde observaba grandes conflictos relacionados con sus limitaciones económicas y su condición de emigrados. Observaciones que lo llevarían a incluir al “contexto” como un factor central en desarrollo de técnicas e intervenciones terapéuticas (Sánchez, 2000; Desatnik, 2004).

Minuchin recibió una gran influencia de Nathan Ackerman, quien fue su maestro y supervisor durante sus inicios. Ackerman fue uno de los pioneros en llevar la atención de los problemas emocionales a la interacción familiar, es decir, al medio en donde se generan; integra una nueva modalidad de tratamiento al incluir a la familia como una unidad diagnóstica y de tratamiento (Sánchez, 2000). Esta influencia es evidente en los principales planteamientos del modelo

estructural, en éste se incluye el contexto y la responsabilidad compartida sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma (Desatnik, 2004).

Un factor característico del modelo estructural es el papel que el terapeuta asume dentro del sistema terapéutico, suele explicarse a través de la analogía del “director de teatro”, donde el terapeuta lleva el rol de director y pide a los actores que se comporten de determinada manera. El terapeuta desde dentro del sistema familiar interviene reestructurando y reencuadrando el síntoma, al mismo tiempo que cuestiona la visión que la familia tiene de su situación (Desatnik, 2004).

En 1965 Salvador Minuchin inició su trabajo como director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*; entre sus colaboradores se encontraron: Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y Bernice Rosean.

Además de la atención a familias marginadas, dentro de las actividades de esta clínica se desarrolló un programa de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajaban con comunidades marginadas (Desatnik, 2004).

Marco Teórico – Conceptual

La terapia estructural en la familia, es un marco de referencia teórico-técnico que incluye al individuo dentro de su contexto social e intenta modificar la organización de la familia, con lo cual es posible modificar las experiencias del individuo (Minuchin, 1979).

Minuchin (1979), propone tres axiomas, contrapuestos a la terapia individual para caracterizar al Modelo Estructural de la Terapia Familiar:

1. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
3. Cuando el terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas forman parte del nuevo sistema.

En este sentido, el objetivo principal de la terapia familiar con un enfoque estructural es favorecer un cambio en el sistema (familia) a la par con las circunstancias (contexto). Para que esto sea posible interviene un proceso: feedback (retroalimentación), en este sentido un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias constituye una modificación de su experiencia.

La terapia familiar estructural cuenta con técnicas que alteran el contexto inmediato del individuo, de tal modo que cambien sus posiciones. Al cambiar la relación entre una persona y el

contexto familiar, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva. De esta forma, el cambio ofrece al individuo nuevas experiencias y circunstancias; da lugar a su presente; el cual es el resultado de su pasado más sus circunstancias actuales. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado.

El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza su persona para transformarlo, de tal forma que se une a la familia para reparar y modificar su funcionamiento, y asimismo, para que pueda desarrollar sus tareas con mayor eficacia; la familia adopta estos cambios, de tal forma que el cambio se preserva aún cuando el terapeuta no esté presente.

En la terapia familiar estructural, el terapeuta observa la estructura de la familia, dentro de ella observa como se relacionan los miembros entre sí y paralelamente analiza el campo transaccional para posteriormente lograr un diagnóstico de su estructura.

Mientras interactúa con la familia, el terapeuta se formula los siguientes cuestionamientos (Minuchin, 1979):

¿Quién es el portavoz de la familia?,

¿Qué significa? ¿Quién lo designó?

¿Asume la posición de portavoz debido a que es la figura ejecutiva de la familia?

¿Qué hacen otros miembros, mientras el/ella habla?

¿Secunda en forma tácita sus comunicaciones o, acaso, interfiere con él a través de medios verbales o no verbales?

¿La conducta de la familia da fundamento o contradice el contenido de la comunicación verbal?

¿Lo ocurrido es representativo de otros momentos?

El/la terapeuta comienza identificando los límites y las pautas transaccionales, y elabora hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Para esto, necesita organizar el material en un mapa familiar, el cual además de organizar la información, le permite fijar los objetivos terapéuticos.

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

1. Estructura familiar, pautas transaccionales, alternativas disponibles.
2. Flexibilidad del sistema, capacidad de elaboración y reestructuración.
3. Resonancia del sistema familiar.
4. Contexto de vida familiar, fuentes de apoyo y estrés en la ecología familiar.
5. Estadio de desarrollo de la familia y funcionamiento.
6. Síntomas del paciente identificado, mantenimiento de pautas.

Al mismo tiempo que el terapeuta elabora el mapa estructural de la familia incluye pruebas experimentales, esto quiere decir, que hace uso de preguntas o comentarios que movilizan a la familia, de tal forma que éste se convierte en parte de las interacciones del sistema familiar. Es importante enfatizar que el/la terapeuta hace uso de los aspectos de su personalidad, así como su propia experiencia.

El/la terapeuta produce el cambio a través de la asociación con la familia, para que de manera planificada pueda transformar las pautas transaccionales disfuncionales. En este sentido, tiene la posibilidad de explorar la estructura y dentro de ella y situar las áreas flexibles que tienen posibilidad de cambio.

Siguiendo lo anterior, si la familia no rechaza las intervenciones, se generará estrés en el sistema, lo cual originará inestabilidad en la homeostasis, se verá desequilibrada y existirá la transformación o cambio.

En la primera sesión se puede formular un mapa estructural, el cual durante sesiones posteriores se evaluará y clarificará, haciéndolo más preciso.

A continuación se describen brevemente y ejemplifican cada una de las técnicas que formula Minuchin (1979; 1994), para la terapia familiar con enfoque estructural.

Técnicas de terapia familiar estructural

Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse como líder se designan como operaciones de asociación. La unión y el acomodamiento son dos términos que describen este mismo proceso.

○ Técnicas de Unión

1. Unión. Se refiere a las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar. El diagnóstico de la terapia familiar se logra a través del proceso interaccional de unión, donde se incluye el modo en que la familia se responde al terapeuta. Este diagnóstico se modifica constantemente, de acuerdo con la forma en que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones re-estructurantes.

2. Acomodamiento. Consiste en los esfuerzos del terapeuta tendientes a lograr una alianza con la familia; para lograrlo debe adecuarse a la organización y estilo de ésta, es decir, experimentar las pautas transaccionales y su fuerza. Por otra parte también la familia debe acomodarse al terapeuta.

3. Mantenimiento. El sistema puede ser mantenido en todos los niveles, desde la estructura familiar como un todo hasta las características de los miembros individuales. Se pueden manifestar a través de lo siguiente:

Mantenimiento de las pautas transaccionales específicas del sistema familiar.

Confirmación activa y apoyo de los subsistemas familiares.

Ratificación o apoyo del potencial y fuerza de un individuo, o bien, afianzar la posición de algún miembro de la familia.

Las operaciones de mantenimiento pueden desempeñar una función de reestructuración.

4. Rastreo. Se refiere al planteamiento de preguntas que clarifiquen lo que está en juego, la realización de comentarios aprobadores o el estímulo para la amplificación de un punto. A través de lo siguiente:

Repetición de lo que algún miembro de la familia ha dicho, generando interés y necesidad de ser clarificada la respuesta.

El rastreo fortalece a los miembros de la familia al estimular la información. El terapeuta no inicia una acción: él conduce siguiendo. Convalida a la familia tal como es, estimulando y aceptando sus comunicaciones.

5. Mimetismo. Consiste en asemejarse a los miembros de la familia en todos los rasgos universales de la condición humana, de una manera implícita y espontánea.

- **Técnicas de Reestructuración**

Es posible entender la estructuración asemejándola al proceso de una obra de teatro, donde el terapeuta opera como actor y director; crea escenarios, coreografía, esclarece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar dentro del marco de los límites impuestos por el drama familiar. Pero también se usa a sí mismo, incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza su posición de liderazgo para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

1. Captar las pautas transaccionales de la familia. Implica un riesgo para el terapeuta, éste consiste en centralizar la posición del terapeuta, verse implicado en diádas, imposibilita su

capacidad de desligarse y poder observar. Otro riesgo, consiste en que se restrinja la sesión sólo a las descripciones de la familia, debido a que las pautas transaccionales reales sean desconocidas para ella (debe permanecer alerta a los mensajes no verbales).

Dramatización de las pautas transaccionales. Es útil que la familia actúe en lugar de describir (formas de resolver conflictos, alianzas y coaliciones, estrés).

Recreación de canales de comunicación. Provocar diálogos; es importante prestar una menor atención a la lógica del contenido y una mayor atención a las secuencias modeladas en las que se producen los intercambios de la familia.

Manipulación del espacio. Redistribución geográfica es otra técnica para dramatizar las descripciones de la familia, Consiste en favorecer transacciones, a partir de una modificación en la ubicación (límites, bloquear el contacto).

2. Señalamiento de los límites. La familia debe proteger en forma saludable la integridad del sistema total y la autonomía funcional de sus partes. Es importante favorecer el intercambio flexible entre autonomía e interdependencia, el cual está dirigido a lograr un grado correcto de permeabilidad de límites.

Límites de los subsistemas, deben ser claros para proteger de la intrusión de otros subsistemas, por ejemplo el conyugal, de los hijos y la familia extensa. Una rigidez o imprecisión constituye una causa habitual de pautas transaccionales disfuncionales.

Las triadas rígidas, genera pautas transaccionales entre padres y algún hijo(a), donde es importante trazar nuevos límites que fortalezcan al subsistema conyugal para que no involucren a algún miembro del subsistema filial en sus conflictos.

3. Acrecentamiento del estrés. Las familias que solicitan atención terapéutica a menudo desarrollan pautas transaccionales disfuncionales para enfrentar el estrés. El paciente identificado se encuentra en el centro de estas pautas, dentro de una familia poco flexible e incapaz de incurrir en nuevas formas de relación. El terapeuta tiene la función de explorar conductas alternativas e indagar sobre la flexibilidad del sistema. El terapeuta también puede generar estrés como una forma de producir contextos nuevos a los cuales la familia tendrá la necesidad de adaptarse.

Bloqueo de pautas transaccionales. Consiste en obstruir el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales.

Acentuación de las diferencias. El terapeuta genera estrés al evidenciar las diferentes opiniones entre los miembros de la familia.

Desarrollo del conflicto implícito. La familia tiende a no permitir la confrontación de un conflicto y prefiere mantenerlo oculto; el terapeuta favorece que la familia haga contacto con este conflicto.

Unión en alianza o coalición. El terapeuta puede producir estrés al aliarse temporalmente a un miembro de la familia, sin embargo, debe existir una cuidadosa planificación y habilidad para desligarse. También debe considerar el riesgo de que la familia contra-ataque al miembro de la familia con el que éste se alíe.

4. Asignación de tareas. El terapeuta puede recurrir a tareas para señalar y actualizar un área de exploración que puede no haberse desarrollado en forma natural en el flujo de las transacciones de la familia (áreas que la familia necesita trabajar).

Dentro de la sesión. El terapeuta puede señalar cómo y a quién deben dirigirse los miembros de la familia; también pueden relacionarse con el manejo del espacio dentro de la sesión y sugerir dramatizaciones respecto a las transacciones.

Deberes. Consisten en tareas para el hogar, implica el establecimiento de reglas más allá de la estructura de la sesión terapéutica.

5. Utilización de los síntomas. Dentro del marco sistémico es indispensable que el terapeuta combata la tendencia de la familia a centralizarse en el portador del síntoma, sin embargo, también puede elegir trabajar en forma directa con el miembro que lo presenta.

Enfoque centrado en el síntoma. Puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de la familia, ya que representan un nódulo concentrado de estrés familiar.

Exageración del síntoma. El terapeuta puede aumentar su intensidad, lo cual se convertirá en una maniobra reestructurante.

Desacentuación del síntoma. Considerando como una vía que permite alejarse del paciente identificado.

Adopción de un nuevo síntoma. Consiste en desplazar temporalmente el foco de concentración terapéutica a otro miembro de la familia.

Reetiquetamiento del síntoma. Se refiere a una reconceptualización del síntoma en términos interpersonales, por lo que puede abrir nuevos caminos para el cambio.

Modificación del afecto del síntoma. Se basa en cambiar el afecto de las transacciones que conciernen a síntoma.

6. Manipulación del humor. La familia puede mostrar un afecto predominante durante las sesiones. Este afecto constituye uno de los múltiples indicios que determina la conducta del terapeuta, lo cual constituye una pista acerca de lo admisible en una familia determinada. La manipulación del afecto puede ser utilizado para: manipular la distancia, redesignar un afecto (subrayar los aspectos sumergidos de algún sentimiento). Emplear el afecto constituye una operación de unión, pero también una operación reestructurante.

7. Apoyo, educación y guía. Habitualmente el terapeuta se ve obligado a enseñar, es decir, proporcionar una experiencia diferente a la familia como, de socialización, funcionamiento y de comportamiento. Si el funcionamiento ejecutivo de una familia es débil, el terapeuta puede incorporarse al sistema, asumiendo las funciones ejecutivas como un modelo y luego abandonar esa posición para que los padres puedan reasumir estas funciones.

- **Técnicas de Cambio**

El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento, de acuerdo con esta concepción el marco estructural reúne aspectos del enfoque estratégico y existencial. Recurre a la estrategia al realinear organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo, y como el existencialista, cuestiona la realidad que la familia acepta, y lo hace con una orientación hacia el crecimiento. Existen tres estrategias principales, las cuales disponen de un grupo de técnicas.

Cuestionamiento del síntoma “Reencuadramiento”

El terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que la familia ha intentado varias soluciones que han sido ineficaces, además de que el problema recibe en las pautas de interacción de la familia y no sólo en un integrante de ésta. El terapeuta de tendencia estratégica considera que el síntoma es una solución protectora: el portador del síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. La función del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. El objetivo es modificar o reencuadrar la

concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes.

1. Escenificación. En esta técnica el terapeuta debe conseguir que la familia interactúe y discuta algunos de los problemas que considera disfuncionales; espera que se manifiesten las reglas y los componentes interactivos con una intensidad semejante a la que comúnmente se presenta en casa.

2. Enfoque. Concentración en un pequeño segmento de la experiencia del sistema. Por isomorfismo, la investigación profunda de éste dará información sobre la dinámica en otros campos de la vida familiar.

Trampas: a veces resulta útil enfocar indirectamente una problemática mediante el abordaje de otros temas, cuando plantear una cuestión puede ocasionar resistencias o rechazos en un primer momento.

Cambio: la modificación de la dinámica familiar puede lograrse mediante la focalización de los recursos de la familia y no en la patología que la sociedad o algunas de sus instituciones pudiera haber señalado en el sistema.

3. Intensidad. Las familias responden a diferentes tipos de intensidad en el mensaje, por lo que el terapeuta debe ser capaz de identificar el umbral de recepción de cada caso en particular.

Repetición del mensaje, puede recaer tanto en el contenido, como en la estructura; p.e. repetir a los padres que se pongan de acuerdo es estructura y sobre determinada hora para que se acueste el hijo es contenido. También puede utilizar imágenes concretas para introducir claridad e intensidad, utilizado con familias que tienen hijos pequeños, niños o adultos retardados.

Repetición de intervenciones isomórficas. Mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a interacciones isomórficas dentro de la estructura familiar. El cuestionamiento de estructuras equivalentes produce intensidad por la repetición de mensajes dentro de un proceso. Puede enfocar interacciones que interesan a la terapia y reunir sucesos en apariencia desconectados en un significado orgánico único, con lo cual se acrecienta la experiencia de una regla familiar constreñidora.

Modificaciones del tiempo. La familia elabora un sistema de notación que regula “el tiempo y el compás de su danza”, lo cual puede ser transmitido de manera no verbal. Una de las técnicas consiste en alentar a los miembros de la familia para que continúen interactuando después que las

reglas del sistema han puesto luz amarilla o roja; el paso de de lo habitual a lo no familiar abre la posibilidad de que experimenten modos diferentes de interacción.

Cambio de la distancia. La familia desarrolla el sentimiento de la distancia “adecuada” que se debe mantener entre sí. Esto no solo puede observarse en las distancias físicas, sino también en las psicológicas que son menos visibles. El cambio de la distancia que se mantiene automáticamente puede producir un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico.

Resistencia a la presión de la familia. En ocasiones, “no hacer” puede producir intensidad en la terapia, cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar “desea que haga”. De manera inadvertida los terapeutas son absorbidos por el sistema familiar, lo cual contribuye a mantener la homeostasis familiar disfuncional; con su resistencia a ser absorbido, el terapeuta introduce intensidad en la terapia.

Cuestionamiento de la estructura familiar “Reestructuración”

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de los diferentes holones en la familia. Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de los holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema.

El terapeuta participa en el sistema y vivencia las interacciones de la familia, a partir de lo cual forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento. Dentro de un mapa señala las alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores de conflicto y a los que actúan como central de operaciones. El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario. El trazado que así se obtienen de las fronteras entre subsistemas indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción.

1. Fijación de fronteras. Regula la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí. Los miembros de la familia requieren de un repertorio específico de respuestas según el holón en el que se encuentran, funcionan solamente con una parte de su repertorio, puede poner en práctica posibles alternativas si empieza a participar en otro subsistema, o si cambia la índole de participación. Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo.

Distancia psicológica: distribución de los asientos, observaciones del terapeuta respecto a quién y cómo hablan los integrantes, uso de metáforas concretas, separar una díada, establecer reglas, pedir a los subsistemas que conversen de manera separada, maniobras espaciales.

Duración de la interacción: Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos. En estas situaciones el contenido de la interacción importa menos que el hecho de que ella se produzca.

2. Desequilibramiento. La meta en el desequilibramiento es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El desequilibramiento genera cambios significativos en la familia, cuando los miembros son incapaces de experimentar con roles y funciones ampliados en contextos interpersonales, de tal forma que pueden experimentar realidades nuevas –todo cambio en la jerarquía produce cambios en las perspectivas de sus miembros en relación con lo que considera permitido en las interacciones-, esto permite que descubran y posibiliten alternativas en todos los subsistemas.

Aliarse con algún miembro de la familia. Esta alianza estará destinada a modificar la posición jerárquica dentro del sistema familiar. El hecho de enfocar a algún miembro, modifica la posición de todos los demás. Se puede aliar de dos formas: Aliarse al miembro más dominante del grupo o aliarse a un miembro periférico o de posición interior para brindarle apoyo.

Ignorar a alguien. Esta técnica demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles. Los miembros de la familia “desconocidos” se sienten cuestionados en su derecho más esencial, el de ser reconocidos.

Entrar en coalición con unos contra otros. El terapeuta participa dentro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. La participación directa del terapeuta implica la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y de utilizar su posición de poder para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia.

3. Complementariedad. Apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de jerarquía. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de manera que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo. Cobrarán relieve entonces las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

Cuestionar el problema. El terapeuta observa los mismos datos que expone la familia, sin embargo, los considera de manera diferente a la familia, respecto al modo en que las personas actúan y son activadas dentro de un mismo sistema. Cuestiona el modo en que las personas experimentan la realidad.

Cuestionar la explicación lineal del síntoma. Cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, considera que cada persona es el contexto de las demás, de tal forma que introducirá un modo diferente de recortar la realidad.

Cuestionar el modo en que la familia recorta los sucesos. Se introducen esquemas de índole cognitivo, así como señalar el isomorfismo de las interacciones como un indicador de las conductas que obedece la familia y que están más allá de un miembro individual.

Cuestionamiento de la realidad familiar “Realidades”

Se parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contiene esta modalidad de experiencia. Para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

1. Construcciones. La familia ha construido su realidad a través de un proceso de organización, el cual constituye un esquema explicativo preferencial. En el proceso terapéutico este esquema preferencial puede ser cuestionado y modificado, lo cual generará en la familia modalidades nuevas de interacción. El terapeuta cuestiona la rigidez del esquema preferencial y desestima muchos de los hechos que la familia presenta y selecciona “la realidad terapéutica” con arreglo a la meta terapéutica. La función del terapeuta es organizar el campo de la intervención, lo cual puede llegar a modificar la explicación que la familia hace de su realidad.

Utilización de símbolos universales. El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o en un acuerdo que rebasa el ámbito de la familia. El terapeuta asume una actitud moral y se erige en el representante de la moralidad (llámese Dios, la sociedad o la decencia); de igual forma puede apoyarse en el sentido común “todo el mundo sabe”. También puede ser útil considerar la tradición en una sociedad, ya que a través de mecanismos como las costumbres y las tradiciones, la sociedad entrena a sus miembros. El terapeuta recurre a la fuerza de las construcciones universales para edificar una realidad diferente para la familia.

Las verdades familiares. El terapeuta presta especial atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad

de funcionamiento. Una vez que el terapeuta ha identificado y seleccionado la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará como una construcción cada vez que surjan o que pueda introducir, transformándolas en un rótulo que señala la realidad de la familia e indica la dirección del cambio.

El consejo profesional. El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría. Utiliza su rol de líder en la familia para construir una realidad diferente para la familia y utilizar posiciones de explicación. Desde esta posición puede interpretar la realidad de los diferentes miembros de la familia. Las prescripciones que se hacen cuando se trabaja con el método de las paradojas están basadas en esta posición del terapeuta como especialista.

Conclusiones: Alcances y Limitaciones

El modelo estructural que desarrolló Salvador Minuchin ofrece una sistematización de intervenciones clínicas dirigidas a la reestructuración y cambio de la dinámica familiar; esta sistematización es congruente con la teoría de sistemas y la cibernética de primer y segundo orden, asimismo se caracteriza por ser una integración de la teoría, la práctica clínica, la investigación y la atención comunitaria (Desatnik, 2004).

Respecto a la bibliografía, las técnicas y ejemplificaciones de intervenciones clínicas se presentan en diversos textos, los cuales se caracterizan por ser didácticos, es decir, se muestra con gran claridad las técnicas y los hallazgos clínicos desde una mirada estructural.

Como anteriormente se mencionó, el modelo estructural se desarrolló mediante la práctica clínica con población marginada de emigrantes de origen latino en E. U., quienes se encontraban en condiciones sociales y económicas que fueron determinantes para la construcción de este modelo. Aún cuando el contexto es muy específico, el modelo estructural es bastante flexible, ya que propone un conjunto de elementos para la evaluación de la estructura familiar, que pueden ser aplicables a una variedad de contextos familiares.

Lo anterior ha sido el foco de críticas al modelo estructural, pues éste propone una normatividad en la estructura familiar, tal funcionalidad correspondería a contar con una serie de elementos preestablecidos que dictan la normalidad de una familia; de tal forma que este modelo regresa a los criterios tradicionales de normalidad-anormalidad, en los cuales al no seguir con los estándares establecidos se puede hablar de patología o disfuncionalidad.

No obstante, el modelo estructural propone técnicas e intervenciones flexibles a una gran variedad de situaciones familiares, donde permite la integración de diversos niveles de análisis

(individual, la familia, la sociedad, la cultura, etc.), que llevan a la comprensión de las distintas interacciones de los sistemas involucrados.

En la actualidad, se han integrado las posturas posmodernas, donde se enfatiza el papel del terapeuta como constructor, es decir, la forma en que el terapeuta interviene desde el interior del sistema terapéutico en la construcción de nuevas realidades familiares; entre sus objetivos está el co-construir narrativas alternativas (Desatnik, 2004).

◆ **MODELO ESTRATÉGICO**

Introducción

Al hablar de la terapia estratégica, generalmente vienen a la mente las propuestas desarrolladas por Jay Haley y Cloé Madanes respecto a problemas familiares dentro de su contexto social.

Para Haley (1993), la *Terapia Estratégica* se caracteriza por la solución de problemas humanos dentro del marco familiar, donde se hace hincapié en el desarrollo de técnicas especialmente diseñadas para esa situación específica. Por tal motivo, la tarea del terapeuta es formular con claridad el problema o síntoma presentado y planear una intervención en la situación social para modificarlo.

La terapia estratégica no se centra en el individuo, sino en la situación social, considerando diferentes unidades sociales, como son la pareja, la familia nuclear, la familia extensa e incluso la comunidad. En este sentido, para el modelo estratégico es de gran importancia considerar a estas unidades como una organización que determina funciones y jerarquías, así como la secuencia de las conductas que las caractericen.

Al situar al problema o síntoma dentro de una organización, también es importante ubicar la posición del terapeuta, pues desde un lente estratégico la influencia del terapeuta es determinante tanto en la formulación del problema, como en su solución. De esta forma, el terapeuta piensa en función de la organización y se considera como parte integrante del sistema social que constituye el problema del cliente.

Marco Teórico-Conceptual

En el modelo desarrollado por Jay Haley es posible identificar tres influencias clave en la conformación de la Terapia Estratégica.

- **Grupo de Palo Alto.**

Uno de los primeros ejes en que se gestó el trabajo de Haley fue durante su participación en el programa de investigación de Bateson en Palo Alto, encaminado a explorar la naturaleza de la comunicación (Haley, 1989).

El enfoque estratégico más que centrarse en el individuo aislado, se centra en la relación entre dos o más personas en términos de su conducta comunicativa. Al respecto, Haley (1993), propone centrarse en situaciones sociales y definir el problema en términos de unidades terapéuticas, que pueden ir desde el individuo que se aqueja, la pareja, la familia, o bien, la comunidad o contexto social en el que se desenvuelven. Además, el terapeuta debe tener en cuenta que él mismo forma parte de ese entramado social, es decir, él es un integrante más de la unidad social en la cual se inserta el problema o queja del cliente. Desde la manera en que se define el problema, hasta el tratamiento que prescribe, el terapeuta está influyendo en la queja y en la manera en que percibe el cliente (Galicia-Moyedo, 2004).

En este sentido, Haley (1989), habla de “síntoma”, pero no de manera individual o aislada a un individuo, sino como un factor que representa la incongruencia de los mensajes en términos de sus niveles, así como de la representación del problema.

Considerando que la forma en que se establecen los mensajes, da por resultado la definición de la relación, Haley retoma los tipos de relación propuestos en la investigación del equipo de Bateson, refiriéndose a las relaciones simétricas y complementarias, así como sus implicaciones en la formación de problemas.

Otro concepto que fue ampliamente abordado por Haley y que ha sido crucial para la formulación de intervenciones es el uso de mensajes paradójicos para formular directivas indirectas o tareas paradójicas, especialmente cuando las familias rechazan todas aquellas tentativas de solución que se les ofrece, los mensajes se transmiten en niveles diferentes “cambien, pero dentro del mensaje, no cambien” (Haley, 1993).

- **Modelo de Hipnosis de Milton Erickson.**

El estilo terapéutico de Haley está basado en las directivas y proviene de las técnicas propuestas por Milton Erickson, desarrolladas a partir del entrenamiento y supervisión de éste (Galicia-Moyedo, 2004).

Haley (1989), retoma el modelo de hipnosis de Erickson a partir de una descripción interpersonal de la hipnosis como medio para establecer ciertas premisas sobre las relaciones humanas y proporcionar un modelo y una terminología que sean aplicables a la relación terapéutica. Supone que los fenómenos hipnóticos se deben a la relación interpersonal que se establece cuando

hipnotizador y sujeto se comunican entre sí mediante conductas verbales y no verbales. Además de que el trance implica una concentración de la atención.

○ **Jerarquía Familiar, Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.**

Lo referente a la orientación general hacia la familia y especialmente la idea de tratar los desórdenes de los adolescentes interviniendo en la jerarquía familiar, es una derivación de lo planteado durante la práctica clínica de Haley en la *Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia*, al lado de Minuchin y Montalvo (Galicía-Moyedo, 2004).

Haley (1993), retoma el término de jerarquía para explicar la organización familiar y específicamente las relaciones jerárquicas y de poder que surgen dentro de un contexto de dos o más generaciones, y que además establecen las múltiples funciones de la familia. Un síntoma surge cuando en las posiciones jerárquicas existe confusión o poca claridad, lo cual genera una “lucha por el poder”. Es más útil describir esa lucha como un esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía de una organización.

Otros conceptos que retoma del modelo estructural, es la formación de alianzas y coaliciones entre los distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. Si la coalición es ocasional, no tiene importancia, pero cuando las secuencias de hechos se reiteran una y otra vez, se trastorna la organización y los participantes experimentan una angustia subjetiva.

Se describe la jerarquía en términos de la secuencia de los hechos, situación que es de gran importancia para la terapia estratégica, pues uno de los objetivos de ésta es que el terapeuta formule intervenciones que vayan encaminadas a cambiar las secuencias de hechos que acaecen entre personas dentro de un grupo organizado: cuando esa secuencia cambia, también experimentan un cambio los miembros del grupo. Haley (1993), considera que al menos dos eventos de la secuencia son necesarios modificar para que exista la posibilidad de un cambio perdurable.



○ **Técnicas y Estrategias**

Jay Haley (1993), plantea una serie intervenciones para conducir la primera entrevista, la cual tiene como objetivo: clarificar el problema y comenzar a formular la estrategia de intervención para un problema en particular.

○ **Primera Entrevista**

<i>Etapa social</i>	<p>Es importante que antes de hablar de la problemática que los trae a terapia, se haya establecido un contacto social con la familia, el cual se basará en las reglas de cortesía, pues el terapeuta se mostrará como un anfitrión procurando que los miembros se sientan cómodos en la situación terapéutica.</p> <p>Un aspecto importante e interesante para la obtención de datos es observar como se conducen los diferentes miembros, así como su distribución espacial al tomar asiento.</p>
<i>Planteamiento del problema</i>	<p>a) Modo de formular la pregunta.</p> <p>b) A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta.</p> <p>c) Cómo escuchar la exposición del problema.</p> <p>d) La observación del terapeuta.</p> <p>e) Contenido del problema presentado.</p> <p>Hay tres maneras distintas de recibir información sobre el problema, que deben aplicarse en distintos momentos de la entrevista y suministran información diferente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión del problema metafóricamente. 2. En la etapa de interacción necesita contar con una formulación más concreta y detallada del problema, así como de las metas a alcanzar. 3. Al final de la entrevista, el terapeuta pedirá que resuman la cuestión y definan los cambios deseados. <p>Cualquier formulación sobre el problema puede emitirse en función de uno, dos o tres personas, de tal forma que tome un matiz distinto, al resaltar la participación de más miembros de la familia, se formula en función de un posible cambio.</p>

<i>La etapa de interacción</i>	Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas. La primera consiste en recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación. La segunda es hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema.
<i>Definición de los cambios deseados</i>	Consiste en obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Este proceso contribuye a que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia. Es necesario que este convenio sobre los cambios se fije claramente desde un principio, donde el problema se plantee de forma que sea resoluble y operacionalizable, no incluyendo ninguna categoría de diagnóstico tradicional. Los síntomas o quejas deben ser algo computable, observable, medible o que permita detectar de algún modo la influencia que la terapia ejercerá sobre ellos.
<i>Conclusión de la entrevista</i>	La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, lo cual puede plantear varias cuestiones, como la presencia de algún otro miembro de la familia esencial para la terapia. También es posible una directiva al término de la primera sesión, una “tarea para el hogar”, que la familia deberá cumplir de una sesión a otra, y se sugiere que sea sencilla.

○ **Empleo de Directivas**

El modelo estratégico se caracteriza por el empleo de directivas, y específicamente por la responsabilidad que debe asumir el terapeuta al formular intervenciones directas o indirectas dirigidas al cambio de las secuencias de conducta que caracterizan al problema. Haley (1993), define y propone una serie de condiciones para formular directivas en la terapia.

1. Son un medio para provocar cambios, basándose en el objetivo de que el paciente tenga experiencias subjetivas diferentes.
2. Intensifican la relación entre clientes y terapeuta: al decirles lo qué deben hacer, el terapeuta participa en la acción y adquiere importancia.
3. A través de estas, se obtiene información de la actitud hacia el cambio que caracteriza a la familia, cómo responderán a los cambios deseados.

Existen dos tipos de directivas:

1. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan: a) Ordenarle a alguien que deje de hacer algo, b) Pedirle que haga algo diferente.
2. Decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de la rebelión.

Respecto a las directivas indirectas, donde la familia rechaza todas aquellas tentativas de solución y el terapeuta hace uso de este rechazo o resistencia al cambio para llegar al objetivo que solicita la familia, es posible identificar varias opciones para formular una tarea de manera indirecta.

- **Uso de Analogías y Metáforas**

En el modelo estratégico es central el uso de analogías o metáforas en los procedimientos terapéuticos. Haley (1993), habla de dos tipos de comunicación: la verbal “bits” y la no verbal o analógica. Aspecto que se basa en el estilo terapéutico de M. Erickson, quien narra historias a las pacientes, paralelas a sus problemáticas y considera que el cambio terapéutico se relaciona con el vuelco provocado en sus analogías por las que recibe del terapeuta.

Para concluir, el objetivo de la terapia es cambiar la conducta comunicativa, o sea, cambiar su metáfora. La evaluación incluirá no sólo la presencia o ausencia del “bit”, sino también una evaluación de los cambios producidos en el sistema al cual se está adaptando mediante su forma especial de comunicación.

- **La jerarquía en los conflictos de dos o más generaciones**

Haley (1993), identifica la formación de triángulos bigeneracionales o trigeneracionales que dan lugar a incongruencias en la jerarquía del sistema familiar, dando lugar a síntomas o problemáticas familiares. Se considera que el síntoma se forma a partir de la reiteración de la secuencias, no solamente por la presencia de un desequilibrio en la jerarquía, es decir, el establecimiento de secuencias rígidas y reiterativas, da lugar a la patología.

La tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniendo en forma tal que imposibilite su continuación. Nada se logra con hacer que los miembros de la familia “tomen conciencia” de ella señalándosela: así no se cambia la secuencia y el método puede despertar resistencia, lo cual derivará en un fracaso. Asimismo, parecería que cambiar uno cualesquiera de los pasos, o el comportamiento de uno cualesquiera de los tres individuos, no suele bastar para provocar un cambio en la secuencia. Deben modificarse por lo menos dos conductas.

La influencia del terapeuta es esencial en este modelo, por lo que debe estar alerta a no coludirse con los miembros de la familia, pues también pueden generarse conflictos de este tipo entre terapeuta-padres-hijo.

Para restablecer la jerarquía en la familia, Haley (1993) y Madanes (2001), proponen acrecentar el desequilibrio en la jerarquía familiar, para posteriormente normalizarla de una manera más funcional para la familia. Algunas terapias suponen que es posible pasar directamente de un estado anormal a otro normal; en el modelo estratégico se propone pensar en términos de etapas entre anormalidad y normalidad, al enfrentar un sistema con funcionamiento defectuoso es posible reflexionar sobre el modo de transformarlo en otro sistema defectuoso que, a su vez, puede dar paso a uno normal.

Considerando el uso de metáforas y analogías para la formulación de estrategias, Madanes (2001) propone una serie de intervenciones para problemas conyugales, problemas en la interacción padres e hijos, así como problemas graves con adolescentes:

Problemas conyugales

Toda pareja se debate con el problema que representa compartir el poder y organizar una jerarquía tal que las esferas de control y de responsabilidad estén divididas entre los esposos. Este poder no sólo se refiere a la posibilidad de dominar al cónyuge, sino también de reconfortarlo, cuidarlo, reformarlo y asumir responsabilidad por él.

Una manera de describir a un matrimonio con un cónyuge sintomático es en términos de una incongruencia jerárquica en la pareja. Lo típico es que el cónyuge sintomático se halle en una posición inferior al otro, que trata de ayudarlo y de hacerlo cambiar; pero a la vez el cónyuge sintomático se halla en una posición superior, por cuanto se rehúsa a ser ayudado y a cambiar.

La conducta sintomática de uno de los cónyuges puede determinar la conducta del otro cónyuge de diferentes maneras. La forma de pasar el tiempo libre, de usar el dinero, de vincularse con la familia extensa, son algunos ejemplos de esferas que pueden ser dominadas por el desvalimiento del esposo sintomático, el sintomático debe prestar ayuda. La pareja está atrapada en una interacción que define simultáneamente el poder y la debilidad de cada cual respecto del otro.

La pericia en distintas esferas puede llevar a una división del poder y a un ordenamiento jerárquico satisfactorio para ambos; pero a veces la división del poder resulta insatisfactoria para uno de los dos, y la pareja no halla un modo de equilibrar el poder que los deje a ambos satisfechos.

Madanes (2001), propone restablecer la jerarquía de la pareja a través de la utilización de metáforas para intervenir en el cambio; considera que el sistema de interacción se convierte en una analogía de lucha conyugal, que la pareja no puede resolver, el síntoma es en sí mismo una metáfora.

Problemas en la interacción padre e hijos

Madanes (2001), considera que la conducta perturbadora de un niño ayuda a sus padres a generar un sistema de interacción que es analógico de otro sistema de interacción familiar. El terapeuta puede abordar estos casos pensando que el síntoma o rasgo de un niño es una metáfora de la situación en que se encuentra alguna otra persona de la familia. De esta forma, la tarea del terapeuta consiste en conseguir que el niño renuncie a su conducta, provechosa para los padres, y conseguir que estos renuncien a un sistema de interacción que cumple una función útil pero desafortunada en la familia.

Existen tres enfoques para modificar el sistema de interacción y resolver los problemas del hijo:

- Cambio de la acción metafórica.
- El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso.
- El Cambio de la Solución Metafórica.

Problemas graves con hijos adolescentes

En este tipo de problemáticas, se presentan dos jerarquías incongruentes en la familia, en una de ellas se percibe al adolescente como deficiente y dependiente de la protección de sus padres, quienes se encuentran en una posición superior; pero al mismo tiempo queda definida por otra jerarquía en la cual los padres son dominados por el joven a causa de su desvalimiento, sus amenazas o su conducta peligrosa. De acuerdo con estas dos jerarquías incongruentes se forma un conflicto paradójico (Madanes, 2001).

La situación que propone Madanes (2001), es restablecer la jerarquía de la familia, a través de intervenciones que favorezcan que los padres asuman su responsabilidad frente al hijo, es decir, acepten con firmeza las funciones parentales en el sistema familiar. Esto significa que se haga uso de intervenciones directivas. Así como, dar especial atención a la congruencia de los mensajes y las relaciones, pues como ya se había mencionado, la jerarquía se encuentra en un conflicto paradójico.

Las estrategias para este tipo de problemáticas, se basan en la manipulación del poder que el terapeuta redistribuya entre los miembros de la familia. Para ponerla en práctica, el proceso consiste en generar en los familiares las secuencias comunicacionales que definen la jerarquía apropiada, y en contrarrestar las maniobras comunicacionales que descalifican dicha jerarquía.

Alcances y Limitaciones

La influencia de Jay Haley, se observa en las propuestas del modelo de terapia breve, principalmente en lo referente a la necesidad de concretar el problema y la planificación del caso, situaciones que define ampliamente Haley en los libros de *Estrategias en Psicoterapia (1989)* y *Terapia para resolver problemas (1993)*.

Uno de los aspectos centrales en el modelo estratégico es la importancia que se le da a la organización jerárquica del sistema familiar, de tal forma que sus intervenciones están encaminadas a restablecer la congruencia o equilibrio en la jerarquía de la organización familiar; principalmente el terapeuta que intervenga bajo un lente estratégico, tendrá el deber de explorar e intervenir en función de la situación jerárquica en la familia. Poniendo especial interés a las secuencias comunicacionales expresadas a través de metáforas o analogías de la conducta.

Un factor que caracteriza a la terapia estratégica, pero a la vez es el punto de diversas críticas a este modelo, se refiere a la directividad del terapeuta, es decir, a su papel activo dentro del proceso terapéutico. El terapeuta asume la responsabilidad de introducir estrategias que desde la forma en que emplee su directividad va a generar modificaciones tanto en la forma de percibir el problema, en la organización familiar y especialmente en la dirección del cambio.

Hablando de las críticas al modelo estratégico, considerado de cierta manera dentro de las terapias tradicionales, donde el terapeuta tiene un papel de experto; las terapias constructivistas y construccionistas hacen importantes críticas al poder y directividad del terapeuta dentro del proceso, desde una lente posmoderna, se considera al paciente o familia como expertos de su problemática, donde el terapeuta asume un rol de colaborador o guía dentro de la construcción de nuevas alternativas para la familia, a diferencia de la esencia de la terapia estratégica donde la directividad del terapeuta es de gran importancia.

Simons (1993) revisa el concepto de jerarquía, y junto con éste el de poder, y trata de reconciliar a los terapeutas de segundo orden, constructivistas y posmodernos con terapeutas más tradicionales de la terapia familiar. La propuesta consiste en reconsiderar el papel del poder y de directividad que tiene el terapeuta y lo describe en función de una concepción de jerarquía, basada no en el poder sino en diferentes niveles de temporabilidad, donde un nivel alto de jerarquía corresponde al evento que es más grande y constante en el tiempo, y los eventos de menor nivel son los que ocupan menos tiempo. Bajo esta perspectiva, la jerarquía implica siempre un desarrollo y una reorganización constante, lo que anula todas las ideas inadecuadas y patologizantes que se han esgrimido contra los planteamientos de Haley sobre la jerarquía, el poder y la directividad (citado en Galicia-Moyedo, 2004).

◆ **MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN EL PROBLEMA**

Mental Research Institute (MRI)

Introducción

De 1958 a 1962 coexisten el Grupo de Palo Alto y el Mental Research Institute (MRI), periodo que inicia a partir de la creación del MRI y la desintegración del Grupo de Palo Alto con la partida de Bateson (Witzezae y García, 1994).

El equipo del MRI inicialmente estuvo conformado por Don Jackson, director y fundador del instituto, Jules Riskin, director asociado y Virginia Satir. Se sumaron diversos colaboradores, entre ellos se encontraron: Paul Watzlawick; John Weakland, quien después de ausentarse del Grupo de Palo Alto retoma sus investigaciones en el MRI; Jay Haley, que continúa sus

investigaciones con familias bajo el financiamiento del MRI; Janet Beavin, quien investiga sobre las relaciones simétricas y complementarias; y Wiliam Fry con sus trabajos sobre paradojas.

El MRI se caracterizó por el desarrollo de un enfoque terapéutico basado en los trabajos del Grupo de Palo Alto y la práctica clínica con familias; así como el establecimiento de un programa para formación de terapeutas. Las actividades del MRI se resumen de la siguiente manera:

- La formación de terapeutas, puesta en marcha por Virginia Satir.
- Las investigaciones sobre la “pragmática” de Comunicación Humana, Watzlawick interesado en los conceptos batesonianos sobre comunicación, en 1964 publica la antología de la comunicación humana.
- Investigaciones sobre el proceso de cambio, los encuentros entre Haley, Weakland y Milton Erickson tienen un impacto importante en la forma de desarrollar intervenciones terapéuticas y comprender el proceso de cambio.

En el próximo cuadro se describe la creación del MRI hasta el final del proyecto de Bateson. El inicio del proyecto de Bateson, donde son miembros Haley, Weakland y Jackson; y posteriormente la llegada de Watzlawick a Palo Alto. El MRI después de la separación de Bateson, adopta un enfoque exclusivamente terapéutico en la terapia familiar, período conocido como la “*edad de oro*” de 1963 a 1968; este termina con la muerte de Jackson, la marcha de Haley y de Satir.

LA HISTORIA DEL MRI

<i>La transición (1958-1962)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Jackson funda el MRI, oficialmente abre sus puertas en marzo de 1959. Jackson contrata a dos terapeutas: Jules Riskin y Virginia Satir. • Coexisten en este periodo el Grupo de Palo Alto y el MRI.
<i>La edad de oro (1963-1968)</i>	<p>En esa época formaban parte del MRI: Jackson, Haley, Weakland y Watzlawick, Satir y Beavin. Las actividades del MRI se resumen en cinco grandes orientaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La formación. 2. Las investigaciones sobre las familias y la enfermedad mental. 3. La terapia familiar. 4. Las investigaciones sobre la teoría de la comunicación. 5. Las investigaciones sobre el proceso de cambio. <p>Para comprender la evolución del MRI, se enfatizan tres direcciones de su actividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) <i>La formación.</i> Puesta en marcha por Satir. b) <i>La “pragmática” de la comunicación.</i> Watzlawick continúa con las investigaciones sobre la comunicación de Bateson. En 1964 publica la antología de la comunicación humana, donde sienta las bases de una “pragmática” de la comunicación, es decir, sus efectos sobre el comportamiento. Se da a la tarea de sintetizar, categorizar y simplificar los conceptos del proyecto de Bateson. La obra prefigura una nueva ciencia del comportamiento: enunciando una serie de seis axiomas, al modo de las matemáticas o de la lógica, abre la puerta a la creación de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyándose en la noción de comunicación. c) <i>Las investigaciones sobre el proceso de cambio.</i> Los encuentros entre Haley, Weakland y Erickson tendrán un impacto determinante sobre el grupo de Palo Alto. Habían intentado formalizar a partir de la hipótesis de la doble coacción, las técnicas de intervención terapéutica de Erickson. Éstas se prestaban bien a un enfoque interaccional, aunque no respetaban la ortodoxia de los presupuestos sistémicos que habían orientado la terapia familiar.
<i>El tiempo de las discordias (1965-1967)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parte Virginia Satir del MRI. • Haley se marcha del MRI, para continuar con sus investigaciones al lado de Salvador Minuchin en Filadelfia. • Muere Don Jackson en 1968.

Marco Teórico-Conceptual

En 1967 el MRI inicia el proyecto del Centro de Terapia Breve (CTB) con el objetivo de investigar las técnicas de mayor efectividad en la práctica terapéutica con familias, en éste participan Richard Fish, Paul Watzlawick, John Weakland y Arthur Bodin.

Inicialmente se concentran en observar y sistematizar los siguientes datos:

- Información sobre las interacciones, es decir, cómo se comunican entre sí los miembros de las familias observadas.
- Delimitación del problema, se esforzaban por tener una imagen detallada del síntoma, problema o queja.
- Observación del impacto que tiene la interacción sobre el síntoma y de acuerdo con los preceptos de la Terapia Familiar, ampliar la comprensión de la función del síntoma.
- Búsqueda de un cambio en la interacción.

Posteriormente surgió la necesidad de establecer un límite de tiempo para las intervenciones, por lo que arbitrariamente decidieron 10 sesiones. La brevedad en el número de sesiones favoreció el desarrollo de un marco de intervenciones activas dirigidas a modificar las interacciones específicas del problema, de tal manera que las intervenciones fueron delineándose bajo una mirada interaccional sobre la eficacia del método del cambio.

De esta manera, el proyecto del CTB comenzó como una investigación y poco a poco se fue convirtiendo en un modelo de tratamiento que emplea técnicas innovadoras para el cambio y que contempla de manera interaccional los problemas humanos.

En términos generales los principales ejes que fundamentan teóricamente el modelo de Terapia Breve son: la Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría de Grupos, la Cibernética de Primer y Segundo Orden, la Teoría del Cambio y la influencia de Milton Erickson, respecto a los trabajos de Hipnosis.

En el siguiente esquema se explica brevemente el desarrollo del modelo teórico-conceptual del MRI.

En 1963, Haley publica su primera obra, Estrategias en Psicoterapia. Este libro ofrece una especie de "eslabón" que une los trabajos de Erickson, la terapia breve y la terapia estratégica. La terapia estratégica se basa en los siguientes principios:

1. Definir un objetivo a la intervención, objetivos específicos y limitados.
2. Concentración en el presente más que en el pasado.
3. Se busca el cambio de comportamiento más que la toma de conciencia.
4. Todo cambio debe comprometer al paciente en una empresa en la que debe cooperar.
5. Utilización del lenguaje imperativo.
6. Utilización de técnicas paradójicas.

El Cambio.

Recurren a dos teorías: de los grupos, y de los tipos lógicos. En el cambio uno o los elementos se modifican; en el cambio 2 las reglas de transformación son las que sufren los cambios.

La postura del cliente.

El terapeuta debe poder identificar una actitud principal del paciente. Su importancia radica en que representa una inclinación interior que el terapeuta podrá utilizar para aumentar su colaboración.

Intervención en la solución de problemas. El MRI elaboró una práctica de intervención en 5 tiempos.

1. Determinar quién es el que se queja, cuestión que es diferente a saber quién es el paciente identificado.
2. Definir el problema, a nivel descriptivo y de comportamiento.
3. Examinar las "soluciones" empleadas.
4. Definir un objetivo accesible, que permite observar con claridad la evolución del tratamiento, que implica prever un límite temporal al tratamiento.
5. Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. Elaboración de la estrategia y de las tácticas del cambio.

En 1967, comienzan el proyecto Beavin, Fish, Watzlawick y Weckland, al que le dan el nombre de Centro de Terapia Breve. Organizando el trabajo de la siguiente manera:

1. Un terapeuta ve a una familia mientras los otros observan a través de un espejo de cisión unilateral.
2. El terapeuta puede salir de la sala y discutir con sus colegas.
3. Los miembros del equipo pueden intervenir entrando a la sala.

Tipología de los problemas psicológicos. En general hay tres formas de enfrentar mal las dificultades:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es necesario actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que es inmodificable o bien es inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se da un "juego sin fin" intentando un cambio en una situación que solo puede cambiarse a partir del nivel lógico superior.
 - a) Los terribles simplificadores.
 - b) El síndrome de la utopía. Introyectiva o proyectiva.
 - c) Las paradojas.

Técnicas y Estrategias

La Teoría de Grupos y la Teoría de los Tipos Lógicos proporcionan importantes elementos para conceptualizar cómo es que se forman los problemas, así como también qué es lo que se puede hacer para su solución. Al respecto Watzlawick, Weakland y Fish (1999), exponen ampliamente los diferentes problemas humanos, no sólo observados en la clínica, sino que son aplicables a diversas áreas de la actividad humana.

<p><i>“Más de lo mismo”.</i> <i>Cuando la solución es el problema.</i></p>	<p>Por sentido común se piensa que lo que produce el cambio es la desviación de la norma, sin embargo, existen fenómenos que requieren ser autorregulados y en estos casos el cambio funciona como el restablecimiento de la norma (termostato). No obstante, esta lógica solución, no resulta aplicable a todos los problemas, existen algunos en que el principio “mas de lo mismo” no produce el sorprendente cambio deseado, sino que por el contrario la solución contribuye a aumentar el problema, convirtiéndose en el mayor de los males. En este caso aplicar la solución comúnmente esperada contribuye a la formación del problema.</p>
<p><i>Las terribles simplificaciones.</i></p>	<p>Se presentan paralelamente la negación de los problemas y los ataques a aquellos que intentan enfrentarlos. De esta unión resultan terribles simplificaciones de los problemas que no dan lugar al cambio (los secretos a voces, los mitos familiares). El problema consiste en no ver el problema, donde en realidad existe.</p>
<p><i>El Síndrome de Utopía</i></p>	<p>El problema consiste en buscar obsesivamente una solución a un problema, donde en realidad no hay ninguna. Puede adoptar una de tres formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Introyectiva, ante una utopía surge un profundo y doloroso sentimiento de ineptitud personal para alcanzar el objetivo, la inasequibilidad no es atribuida a la utopía, sino se culpa por ineptitud. b) Evitación “es mejor viajar colmada de esperanzas que llegar al puerto”, se demora el objetivo, lo importante es el proceso, el problema se forma cuando la persona supone que al llegar sus problemas desaparecerán. c) Proyectiva, actitud moralista y rígida, asume la responsabilidad misionera de cambiar al mundo.
<p><i>Las paradojas.</i></p>	<p>Se formula una situación insostenible, es decir, existe una imposibilidad lógica que no puede llevarse a la práctica. Existe en el mensaje una confusión entre el miembro y la clase, viola el axioma de central de la teoría de los tipos lógicos.</p>

Una vez explorada la formación de un problema en particular, teniendo suficiente información sobre cómo se formó y en qué contexto relacional, es posible vislumbrar su solución. Generalmente en las soluciones intentadas, se observan cambios tipo 1, donde no es posible desplazarse al siguiente nivel lógico, sino se enfrentan los problemas a través de sentido común. En los cambios tipo 2, la solución se aborda desde fuera del marco, es decir, se reestructura; se brinda especial atención al ¿qué? del cambio más que al ¿por qué? Muchas veces la intervención se dirige contra la solución intentada, lo que da lugar a un cambio (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999).

Considerando los principios antes mencionados, en el modelo del MRI formula es siguiente procedimiento:

1. Una clara definición del problema en términos concretos.
2. Una investigación de las soluciones intentadas.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar.
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Una vez que se define el problema y el cambio concreto a realizar, es necesario planificar la estrategia dirigida a un objetivo en particular. Para es fin, existen dos categorías de intervenciones: las intervenciones principales e intervenciones generales (Fish, Weakland y Segal, 1988).

Intervenciones Principales:

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

Intervenciones Generales:

1. No apresurarse.
2. Los peligros de una mejoría.
3. Cambio de dirección.
4. Cómo empeorar el problema.

Conclusiones: Alcances y Limitaciones

El modelo de Terapia Breve desarrollado en el MRI, se centra principalmente en el problema, en la forma en qué se formó el problema y específicamente en los efectos a nivel interaccional entre el o los involucrados, de tal forma que al basarse en la conducta actual (en el aquí y el ahora), no hace alusión a los procesos intrapsíquicos y tampoco a la noción de enfermedad, por lo que aún cuando el modelo se desarrollo en el área de la Psiquiatría y la Esquizofrenia, no considera el modelo médico tradicional (determinista, lineal), sino se centra en las formas interaccionales de la actividad humana.

En este sentido, el modelo de Terapia Breve es aplicable a diversas áreas de la actividad humana, no solo a problemas clínicos, también puede ser aplicado a cualquier contexto social y organizativo sea cual fuere su tipo y tamaño.

Los problemas que considera este modelo son aplicables principalmente a la conducta, es decir, a problemas que tanto su formación como su solución es parte de la actividad humana, sin embargo, problemas de índole natural, donde la mano del hombre no tiene mayor influencia, no es posible aplicar dichos principios teóricos y prácticos, pero sí tiene influencia en cómo enfrentarlos.

Por otra parte, también es necesario enfatizar una de sus características principales, la cual se refiere a los objetivos mínimos y concretos para promover el cambio. Al hablar de la aplicación de sus principios a todo tipo de problemas humanos, surge la disyuntiva de las utopías en ciertos fenómenos como la pobreza, la inseguridad, la política, entre otros; donde podría complicarse la delimitación del problema y la identificación de un objetivo concreto.

El modelo de Terapia Breve puede ser utilizado como una analogía entre sistemas, es decir, aquellos problemas que se forma al interior de un microsistema como la familia, es posible determinar estrategias que lo conduzcan a un cambio y haciendo una analogía se puedan llevar a macrosistemas más complejos.

◆ **MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LAS SOLUCIONES**

Introducción

El modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones (TBCS) se interesa principalmente por la búsqueda de recursos y posibilidades de la persona, más que en hacer hincapié en las dificultades y en el déficit que se presente (Espinoza-Salcido, 2004). En este sentido, más que centrarse en cómo la gente intenta resolver sus problemas, este modelo se enfoca en explorar y conversar sobre lo que la gente piensa acerca de sus problemas. De esta manera, surge una forma diferente de ver el problema y de tratar de resolverlo (Furman, 1996).

Un precursor del modelo de terapia breve es Milton Erickson, quien además de ser un pionero en diversas áreas de la terapia familiar, el modelo de soluciones no fue la excepción. Algunos clínicos como Jay Haley y el resto del equipo del MRI retomaron los métodos de Erickson, su trabajo se caracterizó por la forma tan peculiar de concebir y resolver los problemas, no especulaba sobre el origen y tampoco se basaba en ninguna teoría psicopatológica; más bien, se interesaba por las habilidades de los mismos pacientes para resolver sus propios problemas, empleaba todo lo que el cliente presentaba como componentes esenciales para desarrollar una solución a su problema. También subrayaba la necesidad de respetar las capacidades del cliente y las expectativas positivas para encontrar la solución.

Basado en las ideas de Erickson, se formularon algunas técnicas propias del modelo de soluciones, por ejemplo Steve de Shazer desarrolló la técnica de “la bola de cristal”, donde a través

de un manejo del tiempo pasado-presente-futuro, es posible conversar con el paciente sobre lo que pasaría con el problema una vez resuelto, con lo cual se encontraron interesantes y útiles resultados (O'Hanlon y Weiner, 1990).

El modelo de terapia breve centrado en los problemas, desarrollado en el Mental Research Institute (MRI), fue una de las bases para el modelo de soluciones, las premisas acerca de cómo entender la pauta que lleva a la formación y mantenimiento de un problema, evolucionaron y dieron un giro a más que saber sobre el problema, ahora el interés se centro en lo que pasaba con la secuencia de las soluciones y excepciones del problema (O'Hanlon y Weiner, 1990). De esta manera surge el modelo de soluciones, donde se comienza a interesarse más por la identificación de lo que funciona con el fin de amplificar las secuencias de solución.

Este modelo se comenzó a gestar en el Brief Family Therapy Center (BFTC) en Milwaukee (O'Hanlon y Weiner, 1990). Los principales representantes de este modelo son: Steve de Shazer y William O'Hanlon, ambos con métodos particulares comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (Espinoza-Salcido, 2004).

Los precursores que más influyeron en el desarrollo del modelo TBCS

MILTON ERICKSON

No tenía ninguna teoría psicopatológica, por lo que especulaba muy poco sobre el origen de los problemas. Se centraba principalmente en ayudar a las personas a cambiar para resolver sus problemas, no en entender cómo es que se mantenían sus problemas. Se centraba en emplear todo lo que el cliente trajera y pudiera serle útil para resolver su queja. De tal forma que subrayaba las capacidades del cliente.
Utilización de la comunicación indirecta, metáforas y presuposiciones.
Intervención sobre patrones.
El impacto de la comunicación del terapeuta en el proceso de evaluación.

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LOS PROBLEMAS (MRI)

Muchas de las premisas del modelo de Terapia Breve (MRI) son precursoras de la terapia orientada hacia las soluciones. Una de las más importantes es el centrarse en el presente, en la resolución del problema y no intentan reorganizar a las familias o producir el insight. De esta manera no se busca la patología subyacente o la fuente del problema, los problemas son de naturaleza interaccional.

CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR BREVE (BFTC), EN MILWAUKEE

Se observa una evolución del modelo centrado en la resolución de los problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución. Mayor atención a la forma en que se puede solucionar el problema, más que en el origen y mantenimiento de éste. Dejan de lado la idea de la "resistencia" en los clientes, asumen que realmente quieren cambiar. Desarrollan el "árbol de decisiones" en función de cómo responden los clientes a sus tareas, identificando cuáles son los patrones de cooperación. Desarrollo de intervenciones a través de prescripciones y tareas invariables denominadas "tareas de fórmula", "tarea de la primera sesión".

Marco Teórico-Conceptual

La TBCS se caracteriza principalmente por los siguientes aspectos:

1. “La utilización de todo aquello que funciona”.
2. “La aplicación de ciertas técnicas que llevan a buscar las excepciones y amplificar el cambio”.

La TBCS se caracteriza esencialmente por su filosofía, es decir, por sus premisas y supuestos, así como el lenguaje y el uso de sus técnicas (Beyebach Y Rodríguez, 1999).

Se puede definir a la TBCS como: *“un enfoque que incluye entre sus premisas la creencia de que los consultantes cuentan con recursos propios, de que el cambio es permanente, de que la terapia basta con un pequeño cambio y de que por lo tanto para resolver un problema no es menester comprenderlo. En lo tocante al lenguaje, por lo común se orienta a las posibilidades y al futuro, con el fin de crear cooperación y hacer que el consultante asuma el control del proceso de cambio”* (Beyebach y Rodríguez, 1999, pag. 71).

El marco teórico y conceptual que sustenta las técnicas e intervenciones del modelo de soluciones se basa en ideas constructivistas y construccionistas, las cuales derivan de un marco filosófico más posmoderno, aspecto que la diferencia de otros modelos terapéuticos que son más directivos e incluso normativos.

A continuación se mencionan algunos marcos que son útiles para la práctica constructivista y construccionista en la terapia familiar. Estas ideas son de utilidad en la construcción de alternativas que puedan ayudar a encontrar una solución a una problemática (O’Hanlon y Cade, 1995).

- Establecer una distinción es distinguir entre el observador y lo observado, determina que lado es más significativo o primordial. Cuantos más complejos seamos, necesitaremos trazar más distinciones, y más sutiles serán las distinciones que se han de establecer. Es posible trazar distinciones dentro de las distinciones.
- Los significados se basan en las distinciones que trazamos y los significados que atribuimos, se articulan e interpretan y reinterpretan a través de la riqueza del lenguaje simbólico en el proceso evolutivo continuado de construcción de nuestras “realidades”, lo hacemos por diálogos internos e interpersonales.
- La comprensión de la conducta humana está basada en el establecimiento de distinciones, Teoría de los Constructos Personales de Kelly (1955). El postulado principal es que a las situaciones personales se les da sentido por medio de la aplicación de una variedad de “constructos” que constituyen el modo singular en que cada uno de nosotros traza distinciones y categorizar sus experiencias, lo cual incide en la manera en que prevemos los

hechos futuros. Desarrollamos una gran cantidad de dimensiones o conjuntos de categorías, que nos resultan de particular importancia para analizar el mundo y responder a él.

- Se aleja de las verdades “universales” o “absolutas”, por lo que no se pretende llegar a la verdad última, sino se consideran múltiples visiones del mundo “no debemos creer en nada y en todo al mismo tiempo”.

Las principales premisas que caracterizan el marco filosófico del modelo centrado en las soluciones se resumen a continuación:

- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.*
- *El cambio es constante.*
- *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.*
- *Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.*
- *No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.*
- *Sólo es necesario un cambio pequeño.*
- *Los clientes definen los objetivos.*
- *El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.*
- *No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.*
- *Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.*

Técnicas e intervenciones

De Shazer y su equipo de colaboradores, en el Centro de Terapia Breve han desarrollado las siguientes técnicas:

- *Tarea de fórmula* ¿qué le gustaría que siguiera sucediendo en su vida? Preguntas de este tipo al inicio de la terapia, aumentan la claridad de las metas del tratamiento e inician la mejoría del problema presentado.
- *Búsqueda de excepciones.* Se invita a reconocer lo que ya se ha estado haciendo, se defina como exitoso y/o se dirija a la construcción de una solución eficaz para el problema.
- *Enfoque al futuro.* Se estimula la construcción de soluciones, a través de la descripción clara y específica del futuro, visión de la meta como ya lograda.
- *Evaluación y mantenimiento del cambio.* Se enfatizan los logros, afín de que se reconozcan y se favorezca una visión optimista.

Intervenciones de la Terapia Centrada en las Soluciones

Intervención	Objetivo	Premisa	Acciones del Terapeuta
<i>Inventar Nombres y Rótulos</i>	Despatologizar la presencia de un síntoma, de tal forma que esto ayude a su manejo, lo cual otorga una agencia personal al cliente sobre su problema. Asimismo, define el problema en términos solucionables y promueve diferentes visiones que ayudarán a enfrentar de nuevas formas al problema.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Existen múltiples realidades. • El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo quisieras llamarle a esto que te pasa? • ¿Cómo te gustaría llamarle con un nombre chistoso u optimista? • ¿Cómo lo rebautizarías?
<i>Formular Explicaciones</i>	Evitar explicaciones acusadoras respecto a quienes participan en la interacción con el problema. Ayuda a buscar otras soluciones. Genera una actitud de co-responsabilidad en la resolución del problema.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Existe una causalidad circular. • Las realidades se co-construyen colectivamente. • Existen múltiples realidades y algunas son más útiles para resolver un problema. • El problema no es el problema, es mi relación con el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué otra manera te podrías explicar esto? • Sí tu no fueras parte de esta familia ¿Cómo te explicarías lo que sucede aquí?
<i>Rever el Pasado</i>	Concebir las experiencias negativas como malos momentos que tienen la posibilidad de generar efectos positivos; de tal forma que ayuda a resignificar las experiencias del pasado y descubrir los propios recursos.	<ul style="list-style-type: none"> • El pasado no determina. • El lenguaje crea realidades. • Los clientes tienen recursos y capacidades para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De todo lo anterior, qué aprendiste? • ¿Qué recursos considerarías que te dejo esta experiencia?
<i>Deshacer las Conexiones con otros Problemas</i>	Evitar hacer conexiones lineales entre los problemas co-existentes. Ayuda a priorizar los problemas, cuáles son las quejas que en este momento es más importante atender.	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo es necesario un cambio pequeño. • Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a los clientes que jerarquicen entre los diferentes problemas o quejas que presentan. • Utilizar cuestionamientos que ayuden a contextualizar el problema.
<i>Sacar a Relucir los Recursos de los Consultantes</i>	Fomentar el reconocimiento de las capacidades, habilidades, talentos, intereses, etc. que presentan los clientes, ya que pueden pasar inadvertidos.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo lo logro? • ¿De dónde saco las fuerzas para enfrentarlo? • ¿Cómo podría utilizar esta habilidad para resolver su problema?

<i>Reconocer la Pericia del Consultante</i>	Genera agencia personal en los consultantes respecto a cómo resolver su problema, se piensa que son expertos en su problema, pero en ocasiones no lo saben.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué consejo le daría a un amigo que estuviera en una situación similar? • De todas las soluciones que ha intentado ¿cuál le ha resultado más eficaz?
<i>Compartir Experiencias Personales</i>	Normalizar la situación que experimentan los consultantes. Genera empatía en la relación terapéutica, asimismo se comparte un sentimiento de esperanza, colaboración y creatividad en la búsqueda de soluciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Las realidades se co-construyen colectivamente. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En alguna ocasión me ocurrió algo similar... • Es posible utilizar ejemplos de otras personas. • Hubo alguien que estuvo en su situación y lo resolvió de esta manera... ¿qué piensas?
<i>Generar Soluciones Creativas</i>	Motivar e invitar a los consultantes a generar nuevas soluciones, aun cuando parezcan poco usuales o descabelladas.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo cree usted que resolvería este problema sino hubiera nadie que le ayudara a resolverlo? • ¿Qué haría usted, si tuviera que probar una forma totalmente nueva de resolver su problema?
<i>Crear una visión Positiva del Futuro</i>	Fomentar una visión en el futuro de cómo serían las cosas si el problema ya no existiese. Generar fantasías positivas sobre el futuro, incluso el simple hecho de charlar sobre cómo serían las cosas. Fortalecer las capacidades para lograr lo que uno mismo se propone.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo sería la vida para usted, ahora que consiga resolver su problema. • ¿Cómo se habría dado cuenta que ya resolvió el problema?
<i>Centrarse en las Excepciones y Progresos</i>	Genera un clima positivo y de colaboración durante la sesión. Fomenta el reconocimiento de los logros que han alcanzado los consultantes. Reconocer la participación de todas las personas que ayudaron a conseguir los logros.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Sólo es necesario un cambio pequeño. • El cambio es constante. • El cometido del terapeuta es reconocer y ampliar el cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo épocas o situaciones en que no se presentó el problema? • ¿Ha variado de alguna forma la frecuencia del problema?

<i>Repartir los Méritos</i>	Reconocer las excepciones y el aporte de cada miembro de la familia para este cambio. Confirmar el cambio. Estimular la colaboración al reconocer la contribución de cada persona.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Sólo es necesario un cambio pequeño. • El cambio es constante. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién más se ha dado cuenta de este cambio? • ¿Cómo se explican este cambio? • ¿De qué forma contribuyeron cada uno de ustedes para que se diera este cambio?
<i>Considerar los Problemas como un Amigo</i>	Resignificar la presencia del problema, ya que éste puede ser útil para resolver problemas futuros. Reconocer que la resolución de un problema puede ayudar a identificar los recursos con los que se cuenta.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Existen múltiples realidades. • El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un dicho “detrás de la tormenta brilla el sol”. • ¿Este problema les ha enseñado algo importante?
<i>Reestructuración</i>	Crea una retroalimentación positiva que atribuye intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas. El terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco alternativo para una situación, de modo directo o indirecto, de forma que cambia los marcos de referencia del cliente, para que pueda hacer cambios en su acción, al tiempo que se estimula sus potencialidades y recursos no utilizados.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha pensado en que en su familia exista una desproporción en las actividades o tareas de cada integrante?
<i>Elogio</i>	Destacar una conducta que ayuda a la desaparición del problema, lo que puede facilitar que esto pueda aplicarse a otra área de la vida del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • Sólo es necesario un cambio pequeño. • El cambio es constante. • El cometido del terapeuta es reconocer y ampliar el cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¡Que bien! Pudo hacer con éxito la tarea propuesta para esta semana ¿Cómo se siente con este logro?
<i>Video-Talk</i>	Se busca que las personas describan la situación, de forma tal que se pueda identificar la pauta de interacción. Se solicita al cliente que narre los acontecimientos como si se estuviera describiendo lo que sucede en un video, haciendo mayor énfasis en las conductas y en las interacciones.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Si nos imaginamos, que usted está en su casa y llega Elizabeth de la escuela o de algún lugar ¿Cómo nos imaginamos esa escena en donde usted pueda ser cariñosa con ella?”

<i>Pregunta del milagro</i>	La suposición de que en el futuro no existirá el problema, favorece que el cliente perciba con mayor probabilidad la solución del problema. Asimismo, el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a solucionar su problema.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Pero ¿qué pasaría si ahora usted pudiera decir “No”? ¿Cómo cree que reaccionaría ella?”
<i>Tarea de Fórmula</i>	Tiene el objetivo de centrar la atención de la paciente en el futuro para crear expectativas de cambio, reorientando a que se fije en las cosas buenas de su situación y que observe las cosas que van bien, de tal forma que se produzcan más cosas positivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piense en las cosas que le gustaría que permanecieran igual y cuáles le gustaría cambiar.
<i>Preguntas Presuposicionales</i>	Tienen el objetivo de influir sobre la percepción de la paciente, dirigiéndola hacia las soluciones, ayuda a considerar excepciones y ver su situación desde nuevas perspectivas.	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje crea realidades. • No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • Las personas conocen la solución de sus problemas. • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapeuta explora las excepciones de la última semana y cómo es que se han presentando los cambios. Por ejemplo: “¿Qué hizo para que Elizabeth lavara los trastes?”
<i>Señalar la contra-evidencia.</i>	El terapeuta utiliza información dada por el cliente o por los otros relacionados con él, que no concuerda con la historia dominante del problema, como una forma de introducir dudas o de retar las creencias de los clientes acerca de sus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Las realidades se co-construyen colectivamente. • Existen múltiples realidades y algunas son más útiles para resolver un problema. • El problema no es el problema, es mi relación con el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se señala la incongruencia que existe entre las capacidades de cada uno de sus hijos y la autosuficiencia que muestran, como una forma de retar la historia dominante en la familia.

Conclusiones: Alcances y Limitaciones

Las llamadas terapias posmodernas, entre las que se encuentran el modelo de terapia breve centrado en las soluciones, son un reflejo de los grandes transformaciones que se están gestando en diversos ámbitos de la vida. Existen grandes cambios a nivel de la vida social, científica, cultural, económica, política, etc., lo cual nos lleva a cuestionar muchos de los supuestos y premisas de la vida moderna, cuestionamientos que nos llevan a un marco filosófico más congruente con las ideas del posmodernismo.

Este marco filosófico también se ha visto reflejado en el campo de la psicoterapia y específicamente en la terapia familiar, pues a través de las teorías constructivistas y construccionistas sociales se han adoptado sus premisas en la actividad psicoterapéutica.

Entre las premisas que han impactado con mayor fuerza a la práctica clínica se encuentran la idea de concebir los problemas sin necesariamente apoyarse en teorías psicopatológicas, esto no quiere decir que en algunos casos no sea evidente la patología, pero existen otras problemáticas donde es más útil para lograr un cambio, despatologizar la queja. Otro aspecto que se enfatiza es el uso del lenguaje, pues se considera que a través de éste se crean realidades, y por lo tanto es importante comenzar a conversar de otra manera, donde se hagan distinciones y se encuentre un significado diferente que sea útil en la construcción de alternativas, de hablar de un futuro donde ya no exista el problema, o bien, hablar del pasado donde no existía el problema; el fluctuar en el tiempo ayuda a ver posibilidades y alternativas que favorecen un manejo diferente del problema y por ende encontrar una solución que tal vez halla pasado desapercibida o generar una solución creativa.

La utilización de estas premisas también se ha visto reflejada en la actitud y postura del terapeuta, el marco filosófico desde el que se mueva tiene que ser diferente, no se estaría siendo congruente con este modelo, si el terapeuta no asumiera una postura de curiosidad, igualdad, flexibilidad, apertura a diferentes opiniones e incluso no normativo. Asume una posición de expertez, pero no en los problemas, sino en la búsqueda de excepciones.

En conclusión, para algunos terapeutas este modelo proporciona un marco y una metodología que permite mayor libertad, flexibilidad, soltura, espontaneidad, etc., además de cierta congruencia con su filosofía de vida.

◆ MODELO DE LA ESCUELA DE MILÁN

Introducción

En 1967 se funda el primer centro italiano para la terapia familiar, denominado *Centro para el Estudio de la Familia*, después de que la psiquiatra y psicoanalista Mara Selvini Palazzoli comenzara a encontrar en la terapia familiar respuesta a algunas interrogantes que no eran satisfechas desde la terapia individual (Selvini, 1990; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Después de colaborar con distintos colegas, en 1971 se constituye el Equipo de Milán encabezado por Mara Selvini, a quien se unieron: Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Los cuatro terapeutas con una formación psicoanalítica, decidieron adoptar de manera purista el modelo sistémico para su trabajo clínico con familias. Recibieron una gran influencia de los trabajos sobre terapia familiar desarrollados en el MRI, de manera que sustentaron epistemológicamente su trabajo fundamentado en: la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación Humana, las ideas de Bateson sobre una ecología de la mente y los trabajos de Edgar Morin, Michel Crozier y Niklas Luhmann (Selvini, 1990).

Una de las características más sobresalientes del trabajo del Equipo de Milán fue la constante investigación clínica, pues a través de la observación y estudio de casos fue que llegaron a desarrollar una metodología que los caracteriza. Se interesaron por el trabajo con familias con algún miembro esquizofrénico, psicótico o anoréxicas. A partir de las observaciones clínicas, desarrollaron importantes investigaciones empíricas donde comprobaron hipótesis sobre la expresión de un síntoma en las interacciones familiares, y además comprobaron la efectividad de los métodos interventivos que desarrollaron en diversas etapas de la terapia.

Las hipótesis se basan en los modelos de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988), las cuales consisten en lo siguiente:

1. La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que dirigen los intercambios dentro del grupo y que incluyen la comunicación verbal y la no verbal. De acuerdo al primer axioma de la comunicación humana, estas comunicaciones se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores, lo cual caracteriza al sistema como un grupo natural con historia.
2. Las familias presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología, y por tanto las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas (o normas) y, por lo tanto, las relaciones patológicas.

De acuerdo con estas hipótesis, la terapia familiar que sigue el equipo de Milán, parte del supuesto de que en las familias, el “síntoma” en el paciente designado es la manifestación de las reglas o normas bajo las cuales se rige el sistema, en este sentido, al existir un cambio o modificación en las reglas, podría esperarse una transformación en todo el sistema.

Marco Teórico-Conceptual

El equipo de Milán desarrollo los conceptos de *Hipótesis*, *Circularidad* y *Neutralidad*. Para la formulación de estos conceptos, se basaron en la idea de ampliar el campo de observación, no necesariamente a la familia, sino a todo subsistema que esté en una interacción significativa con la conducta sintomática, el cual es el objeto de estudio y de terapia (Selvini, 1990). Con el objetivo de coordinar de una manera más adecuada y fructífera la sesión, bajo los principios de la epistemología sistémica, desarrollaron los tres principios antes mencionados, además de que éstos pudieran transmitirse o replicarse por otros terapeutas. A continuación se definen los conceptos de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad,

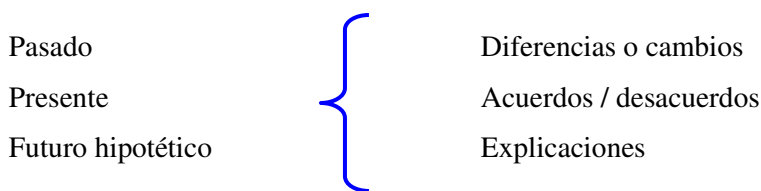
<i>Hipótesis</i>	Se trata de una formulación presente al inicio de la terapia, incluso con la información proveniente de la solicitud de tratamiento, de tal manera que tiene la función de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que confirmen, refuten o modifiquen las intervenciones del terapeuta; así garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en formar los modelos relacionales, tratar de conectar las interacciones y formular posibles explicaciones. La hipótesis debe ser sistémica, debe incluir a todos los miembros de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.
<i>Circularidad</i>	Se define como la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios. Exige un esfuerzo del terapeuta por dejar los cuestionamientos lingüísticos y culturales que hacen pensar en función de “cosas”, para redefinir en función de relaciones. Este concepto se basa en la idea de Bateson acerca de “lo que percibimos es la diferencia y el cambio, y la diferencia es una relación”.
<i>Neutralidad</i>	El término “neutralidad” fue usado originalmente para expresar la idea de esquivar activamente alguna posición como más correcta que otra. Posteriormente, en una revisión de este concepto, se consideró a la neutralidad como “la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta” (Cecchin, 1987). En este sentido la curiosidad está encaminada a explorar e inventar puntos de vista alternativos y movimientos, y diferentes movimientos y puntos de vista alternativos, que a su vez crean la curiosidad.

Respecto al concepto de Circularidad, el equipo de Milán plantea la necesidad del terapeuta de explorar las relaciones y diferencias en las interacciones familiares, considerando la información que puede dar un miembro del sistema acerca de la relación entre otros miembros. Fleuridas (1986),

propone un procedimiento para el entrenamiento de terapeutas familiares, donde presenta una taxonomía pragmática del cuestionamiento circular e instrucciones diseñadas para facilitar el uso del cuestionamiento circular. En el siguiente cuadro se describe este procedimiento.

1) Definición del Problema	Cuestionar a cada miembro de la familia sobre su percepción del problema a en ese momento.
2) Secuencia de la Interacción	Cuestionar a cada miembro de la familia de ¿quién lo hizo?, ¿cuándo lo hizo? Relacionado con el problema, síntoma o hipótesis. A. Comportamientos interactivos específicos: ¿cuándo actúa como una persona molesta? B. Acerca de diferencias o cambios: ¿Qué haría papá? C. Preguntar quién está de acuerdo con quién acerca de la secuencia presentada. D. Preguntar a cada miembro su explicación del comportamiento de ciertos miembros E. Descubrir el ciclo completo o la secuencia de los comportamientos introvertidos y extrovertidos del miembro de la familia.
3) Comparación / Clasificación	Cuestionar a cada miembro de la familia acerca de los otros miembros (comportamientos, creencias, valores, pensamientos, etc.) A. “Cuestionamiento Triádico” B. Investigar diferencias o cambios en coaliciones C. Preguntar acerca de acuerdos y desacuerdos D. Cuestionar cómo se explican las coaliciones y desintegraciones
4) Intervenciones	Cuestionar a cada miembro de la familia con la finalidad de promover un cambio A. Utilizarlo sólo después de tener suficiente información B. Comenzar con preguntas menos ofensivas o amenazantes C. Cuestionar con la finalidad de motivarlos a explicar nuevos comportamientos ¿Qué pasaría si tú ofrecieras a tu esposa el cuidar a los niños?

El cuestionamiento circular, plantea la inclusión de la noción del tiempo en sus preguntas, se sugiere seguir una secuencia a través del tiempo en la percepción del problema, por lo que se incluyen las siguientes dimensiones temporales:



Técnicas e Intervenciones del Modelo de Milán

El equipo de Milán creó una serie de técnicas e intervenciones dirigidas a cambiar las reglas que caracterizan a la familia, de tal forma que al intentar cambiar las reglas es posible influir en los

síntomas. A través de sus investigaciones demostraron que cuando se logra descubrir y cambiar una regla fundamental, es posible obtener rápidamente la desaparición de un comportamiento patológico (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

De acuerdo con la Teoría General de Sistemas, el sistema tiende a sostener y mantener las reglas que éste mismo ha creado en el tiempo, a través de procesos de ensayo y error, estocásticos, funciones aparentemente contradictorias: la tendencia a la homeostasis y la capacidad de transformación, cuyo interjuego mantiene el equilibrio del sistema y garantiza su evolución (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

<i>Connotación Positiva</i>	Surge ante la necesidad de llegar, sin contradicciones a una intervención paradójica. Se prescribe positivamente el síntoma del paciente designado, así como los comportamientos de otros miembros de la familia. Se ubica a todos en el mismo nivel, aludiendo al deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar.
<i>Prescripción en la Primera Sesión</i>	Esta prescripción se basa en las redundancias observadas en la primera sesión, evita descalificaciones y redefine la relación como terapéutica. Los objetivos se centran en: delimitar el contexto terapéutico, provocar una reacción en la familia que ilustre su disponibilidad y motivación respecto al tratamiento, y estructurar y ordenar la siguiente sesión.
<i>Rituales Familiares</i>	Su objetivo es introducir una nueva serie de intercambios que sean diferentes a las reglas que mantienen al sistema, a través de la prescripción de una acción o una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Es precisado por los terapeutas por escrito (realización, horario, ritmo, fórmulas verbales, etc.).
<i>Trasladar la Etiqueta del Paciente Designado</i>	El objetivo es trasladar rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o más hermanos considerados sanos en la familia, señalando que fue el único en intuir que los otros hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda. Evitando culpar a los padres, se enfatiza la sensibilidad e intuición del paciente.
<i>Aceptar sin Objeciones una Mejoría Sospechosa</i>	Consiste en aceptar sin objeciones la desaparición del síntoma, la cual no es justificada por un cambio en sistema de interacción familiar. Los terapeutas asumen la iniciativa de concluir la terapia, mediante una táctica paradójica que señala la posibilidad de que la familia acuda en otro momento a continuar la terapia.
<i>Miembro Ausente</i>	Esta maniobra se apoya en los rituales y en la organización de la sesión, pues en la última parte de la sesión “la conclusión”, los terapeutas envían un mensaje para toda la familia, el cual debe ser leído a manera de ritual por todos los miembros de ésta, incluyendo al miembro ausente, esforzándose de tal modo que lo obligue a asistir a la próxima sesión.
<i>Eludir la Descalificación</i>	Ante la dificultad de algunas familias por definir la relación, existe una constante descalificación hacia el otro y hacia sí mismo, de tal forma que se dificulta asumir una verdadera responsabilidad. El reto del terapeuta es desmontar este juego, definiendo la relación de manera clara, al hacer explícito el juego, se le habrá ganado al juego y no a las personas que lo juegan.
<i>Declaración de la Impotencia del Terapeuta</i>	Ante los primeros indicios del desarrollo de una simetría en la relación terapéutica, es necesario que el terapeuta defina la relación como complementaria, ante lo cual paradójicamente define la relación y no pierde el control. Mediante la programación de la próxima sesión y el cobro de honorarios, define la relación profesional.

<i>Autoaplicación de la Paradoja Extrema</i>	Ante la paradoja extrema de “ <i>sólo podrás ayudarme, no siendo lo que eres</i> ”. Los terapeutas plantean una contraparadoja, que consta de dos pasos, el primero consiste en aislar ese paradójico pedido de la masa de maniobras comunicacionales que causan confusión y darle una connotación positiva, como algo justo y legítimo; y posteriormente, se autoprescriben el acceder a dicha petición.
--	---

Conclusiones: Alcances y Limitaciones

El modelo de Milán al igual que otras terapias estratégicas (Mackinnon, 1983), surge bajo los fundamentos epistemológicos de la adopción de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, así como de los planteamientos que surgen a partir de las investigaciones del grupo de Bateson. El equipo de Milán, se caracteriza por utilizar de manera purista la epistemología cibernética y ecológica, así como a partir de esta desarrolla una serie de elementos conceptuales y metodológicos muy particulares.

Entre sus principales aportaciones a la terapia familiar se encuentra la forma tan peculiar de coordinar las sesiones, la cual va desde la actitud y postura del terapeuta, hasta los tiempos que distinguen los diferentes momentos de la sesión y lo amplio del lapso de tiempo entre una sesión y otra. Respecto a la forma de coordinar la sesión, desarrollan los conceptos de Hipótesis Circular, Circularidad y Neutralidad, los cuales engloban la actitud y postura que el terapeuta asume durante la sesión, manteniendo un estado de curiosidad por explorar cada una de las hipótesis previamente planteadas, diseñando preguntas que ayuden a obtener información sobre las relaciones y las diferencias en cada uno de los miembros de la familia.

El desarrollo de la metodología de Milán se caracteriza por la constante investigación, desde sus inicios investigaron empíricamente sobre la mejor forma de conducir y estructurar la sesión, por ejemplo el amplio intervalo entre sesión y sesión, surge de las observaciones con las familias que asisten a consulta, comienzan a ver y tratar de explicarse el porqué de los cambios en familias que asisten una vez al mes, de tal forma que proponen este tipo de intervalos para su metodología clínica.

También investigaron los métodos interventivos, pues una de sus principales investigaciones con chicas anoréxicas y bulímicas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999) exponen los resultados de una investigación cuantitativa sobre la efectividad de tres métodos de intervención, así como también es evidente la capacidad de observación clínica del equipo en la formulación de hipótesis sistémicas e integradas con aspectos psicoanalíticos.

En este sentido, la constante investigación y la rigurosidad en la aplicación de su epistemología, son factores representativos del equipo de Milán.

Otro aspecto, que para algunos terapeutas pueda ser una limitación, pero para otros podría ser una característica de libertad y mayor fluidez en el proceso es la ausencia de metas específicas e impredecibilidad de la dirección del cambio en el proceso. El Modelo de Milán es una orientación que se basa principalmente en el proceso, más que la estructura, en la búsqueda de información acerca de “la diferencia que hace la diferencia” y en la evolución del sistema a través del tiempo.

◆ LAS TERAPIAS POSMODERNAS

Introducción

Durante los últimos diez años las ciencias sociales experimentaron cambios importantes debido a la creciente influencia y aceptación del pensamiento posmoderno, poniéndose de manifiesto principalmente en: la Antropología/Etnografía con Geertz, 1973; la Cibernética con von Foerster, 1981; la corriente feminista con Flax, 1990, Hare-Musting y Maracek, 1988 y Fraser y Nicholson, 1990; la Hermenéutica con Ricoeur, 1979, Gadamer, 1975; la crítica literaria con Barthes, 1979, Derrida, 1976, 1978, 1986 y Lyotard, 1988 y la Psicología Social con Gergen, 1985, 1989, Sampson, 1989 y Shotter, 1989. Estas líneas de pensamiento cuestionan muchas ideas aceptadas respecto de la teoría y la práctica de la psicoterapia, especialmente en la terapia familiar (Lax, 1996).

La terapia familiar se encuentra en un proceso de constante transformación respecto a los modelos estratégicos y estructurales de los años setentas y ochentas, los cuales se basaban principalmente en la Cibernética de Primer Orden. La adopción de la Cibernética de Segundo Orden y el énfasis en el estudio de las relaciones entre el observador y su campo de observación ha sido crucial en la transformación de la práctica y la teoría de la terapia familiar, así como en la concepción de la construcción de la realidad (Elkaïm, 1998).

Las corrientes posmodernas en la terapia familiar, representan una transformación a la concepción de Cibernética, donde se considera a la familia como un sistema homeostático. Estas transformaciones se han desarrollado bajo la perspectiva de la semiótica y la crítica literaria, por lo que con frecuencia se oye hablar de narración o texto en el campo de las ciencias sociales (Hoffman, 1996).

Bajo esta nueva ideología, las familias y el terapeuta tienden a tener una participación más activa en la conversación, de tal forma que, en conjunto encuentran sus propias soluciones. En este sentido, el papel del terapeuta no es el de experto, acepta la realidad de la familia y sus historias, evalúan alternativas y en conjunto construyen una nueva aventura colaborativa, donde las

soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas solamente por el terapeuta (Sánchez, 2000).

Dentro de este contexto, algunos terapeutas familiares, como Harlene Anderson y Harry Goolishian (1988) desertaron de las filas de la Cibernética y se pasaron a las de la Hermenéutica, llamada “el giro interpretativo”. Para los terapeutas que han simpatizado con estas ideas, la retroalimentación de los sistemas cibernéticos es reemplazada por el diálogo. Así, la metáfora central para la terapia se desplaza a la conversación, reforzada por el hecho de que el medio básico para la terapia es también la conversación (Hoffman, 1996).

Marco Teórico-Conceptual

Las terapias posmodernas se fundamentan epistemológicamente en el desarrollo de las teorías Constructivistas y del Construccinismo Social. A continuación se explican brevemente sus principales postulados:

- **CONSTRUCTIVISMO**

El Constructivismo se basa en los escritos del lingüista Ernest von Glasersfeld, el cibernético Heinz von Foerster, el biólogo Humberto Maturana y el científico cognitivo Francisco Varela (Sánchez, 2000; Elkaïm, 1996).

La terapia familiar se ha apoyado en los estudios de Humberto Maturana y Francisco Varela para entender cómo es que nuestra percepción no puede separarse de nuestra estructura interna y el papel fundamental del lenguaje en la construcción de la realidad (Elkaïm, 1998).

El trabajo de von Foerster sobre la Cibernética de Segundo Orden, al igual que los trabajos sobre percepción de Maturana y Varela. Están parcialmente al origen de la aplicación de las teorías constructivistas a la terapia familiar (Elkaïm, 1996).

Von Foerster en 1984, explicó con ejemplos de redes nerviosas, que el individuo computa activamente su visión del mundo, dando lugar a la idea de “sistema que observa”, se basa en la idea de Gregory Bateson quien considera que “el mapa no es el territorio”, pero modifica este concepto al decir que “el mapa es el territorio”, pues el territorio que describe el mapa no puede existir independientemente de las ideas que se tienen sobre él (Hoffman, 1989).

La adopción del Constructivismo en la psicoterapia ha modificado la posición de observador neutral del psicoterapeuta y favorecido su papel autorreferencial dentro del sistema familiar. Algunos terapeutas prefieren hablar de narración y no de sistema, de tal forma que dentro del contexto terapéutico se favorezca la de-construcción de nuevas significaciones. Desde esta

perspectiva, los terapeutas familiares se interesan por descubrir cómo cada individuo construye su realidad, y no la búsqueda de la verdad absoluta o una sola realidad (Elkaïm, 1996; 1998). Los últimos desarrollos desplazaron el pensamiento de la terapia familiar hacia la Cibernética de Segundo Orden y, en última instancia, al Constructivismo. Se ha llegado a la conclusión de la existencia de ciertos límites para este paradigma cibernético. Estos límites se encuentran principalmente en las metáforas mecánicas que sustentan la teoría de la retroalimentación cibernética (Anderson y Goolishian, 1996).

Al respecto, Cecchin (1996), señala que es posible observar un desplazamiento lento pero permanente desde una epistemología basada en principios cibernéticos hacia una epistemología basada en la idea de que las relaciones humanas surgen por medio de sus relatos producidos socialmente.

○ **CONSTRUCCIONISMO SOCIAL**

El Construccinismo Social al igual que el Constructivismo, se opone a la idea “modernista” de que existe una realidad que se puede conocer con certeza objetiva, considera que la realidad es una interpretación social y cultural, construida a través del lenguaje y de las interacciones sociales, considera que las ideas, conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman, 1996; Sánchez, 2000).

Para el Construccinismo Social la realidad está conformada por convenciones culturales históricamente situadas y mediadas a través del lenguaje; el significado de las palabras no deriva de los procesos que supuestamente representa, sino el lenguaje es metafórico y lleva a un significado.

El pensamiento posmoderno en la psicoterapia se centra en ideas vinculadas con el texto y la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialógicas y múltiples, en el autodescubrimiento, en las configuraciones laterales vs. jerárquicas, y especial atención en el proceso y no en los objetivos (Lax, 1996).

Se comienza a tomar un giro más posmoderno en la terapia familiar a partir de las aportaciones de la Escuela de Milán y su vuelta al pensamiento de Bateson (Selvini, 1980; Boscolo, 1987), así como los trabajos de teóricos y terapeutas como Tom Andersen (1987, 1991), Harold Goolishian y Harlene Anderson (1987, 1990), Lyn Hoffman (1988, 1990) y Michael White (White, 1989; White y Epston, 1990). Estos trabajos implican un giro significativo a la práctica de la Terapia Familiar (Lax, 1996):

- *Las estructuras y verdades universales ceden el paso a una pluralidad de ideas sobre el mundo.*
- *La visión de las familias como sistemas homeostáticos es reemplazada por la idea de que los sistemas sociales son generativos y los estados de desequilibrio son productivos y normales.*
- *Las familias como sistemas sociales compuestas de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas.*
- *Los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él.*

En conclusión, la inclusión del pensamiento posmoderno en la Terapia Familiar implica una revisión de gran parte de las ideas tradicionales; la familia no se concibe como el objeto de tratamiento, tampoco como fuente de problemas y al observador como independiente de ésta, sino por el contrario se piensa en la familia como en una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados (Jorgenson, 1991; citado en Lax, 1996).

En el siguiente esquema se explica el desarrollo de las terapias posmodernas, se señalan sus bases epistemológicas y las corrientes terapéuticas que derivan de éstas. Posteriormente se describe el desarrollo de las corrientes posmodernas en el campo de la Terapia Familiar.

POSMODERNISMO

La antropología/etnografía con Geertz, 1973; la cibernética con von Foerster, 1981; la corriente feminista con Flax, 1990, Hare-Musting y Maracek, 1988 y Fraser y Nicholson, 1990; la hermenéutica con Ricoeur, 1979, Gadamer, 1975; la crítica literaria con Barthes, 1979, Derrida, 1976, 1978, 1986 y Lyotard, 1988 y la psicología social con Gergen, 1985, 1989, Sampson, 1989 y Shotter, 1989.

Transformación

CONSTRUCTIVISMO

Kant
Vico
Wittgenstein
Piaget

Aplicación del Constructivismo a la epistemología de la terapia familiar
von Glasersfeld
von Foerster
Varela y Maturana

EQUIPO DE REFLEXIÓN

Antecedentes:
Milán, Bateson y Maturana.
Tom Andersen.

CONSTRUCCIONISMO

Kenneth Gergen
"construcción social del yo"

TERAPIA FAMILIAR

Transformación a la concepción de Cibernética. La familia y el terapeuta tienen una participación más activa en la conversación, en conjunto encuentran soluciones.

Concuerdan en:

- ✓ El saber es una construcción de la mente, el conocimiento no es un reflejo fiel de la realidad.
- ✓ Rechazan el dualismo sujeto/objeto.

Difieren en:

- ✓ Constructivismo social le da mayor énfasis a la interpretación social y cultural, le resta importancia a las funciones del Sistema Nervioso Central.
- ✓ En el construccionismo social, las ideas, conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.

NARRATIVA

Analogía del texto. De-construcción del discurso
J. Bruner, Gergen y Harré en psicología; E. Bruner, Geertz, Clifford, V. Turner y R. Rosaldo en antropología; H. White, Mink y Gaillie en historia. M. White y D. Epston.

COLABORATIVA

Co-construcción
"no saber".
Joan Ademan,
Tom Andersen,
Harlene Anderson,
Marilyn Frankfurt,
Peggy Penn, Tom
Russel y Kathy
Weingarten.

◆ EQUIPO DE REFLEXIÓN

A Tom Andersen se le atribuye la “paternidad” del trabajo con Equipo Reflexivo. Inició sus estudios como médico clínico en el sur de Noruega, posteriormente decidió estudiar Psiquiatría a partir de diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad. Durante la década de los años setentas aplicó diversos procedimientos de las escuelas de terapia familiar (estructural, estratégico y de la escuela de Milán). Después como profesor de psicología social en la Universidad de Tromsø en Noruega, organizó un grupo formal de profesionales y adoptaron una forma de trabajo similar al estilo de la Escuela de Milán (Beltrán-Ruiz, 2004).

En 1984 después de trabajar durante varios años con el equipo terapéutico, comienza a surgir cierta incomodidad por asumir una posición de terapeuta experto y enfrentar el dilema de sobre cuál de las intervenciones y comentarios discutidos por el equipo presentarían a sus clientes. Lo anterior, los llevó a cuestionarse su posición de expertos y de mantenerse ocultos ante los pacientes, de tal forma que comenzaron a desarrollar una nueva forma de trabajo a la que denominó *Equipo Reflexivo* (Beltrán-Ruiz, 2004).

El Equipo Reflexivo consiste en que un equipo de terapeutas no sean únicamente observadores, sino que participen con la familia y con el terapeuta, aquí la familia ve y escucha los comentarios que hace el grupo de terapeutas, dando con ello un giro más ético hacia la cibernética de Segundo Orden, es decir, el grupo de terapeutas, el terapeuta y la familia en tratamiento se convierten en un solo sistema de interacción (Elkaïm, 1996; Sánchez, 2000).

Los antecedentes de esta nueva forma de trabajo terapéutico se encuentran en la Escuela de Milán, en las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Maturana sobre la relación paciente-terapeuta, donde este último indica que es el paciente quien forma su realidad, realizando un cuadro de lo que conoce de ésta y de su actitud ante el mundo. Según Maturana, cuando las personas interactúan en el mundo exterior, perciben de éste diferentes cuadros o realidades, según la persona y el problema. La cuestión será establecer qué cuadro o realidad es mejor respecto del mundo exterior de las personas, “el tuyo o el mío”.

Bateson (1977) enfatiza que compartir diferentes puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía anteriormente de uno mismo; “información es diferencia” o “es la diferencia lo que hace la diferencia” (Sánchez, 2000). Hay dos significados distintos en el uso de Bateson de la palabra *diferencia*: primero, algo es distinto al ser diferente de su entorno, y segundo, un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia (Andersen, 1994).

Una influencia importante fueron las ideas de Maturana (1978) y Varela (Maturana y Varela, 1987), quienes hablan sobre la base de la comprensión biológica de que una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural, y que éstas están en cambiando continuamente, lo cual permite una adaptación al medio inmediato. Maturana y Varela utilizan este principio para considerar a la persona en su totalidad. Estas ideas son utilizadas dentro del

trabajo con Equipo Reflexivo, donde se considera que en cierto momento, una persona puede solamente ser la persona que es. Esto significa que solo puede reaccionar a una situación determinada siendo quien es, es decir, de acuerdo con las reacciones que están dentro de su repertorio. Sin embargo, se piensa que este repertorio puede cambiar a lo largo del tiempo, cuando desaparecen algunas maneras viejas y otras nuevas emergen (Andersen, 1994).

De esta manera, ante una situación que perturba a la persona y ésta no puede reaccionar por la falta de una conducta adecuada en su repertorio, la persona puede actuar de dos maneras, puede proteger su organización aislándose, o bien, sí permite que tal perturbación externa ingrese, se desintegrará. Podría decirse que es demasiado diferente respecto al repertorio de la persona. Dentro de una conversación esto se puede observar, por lo que es importante considerar respetar la necesidad básica de conservar la integridad de la persona (Anderson, 1994).

Un concepto que desarrolla Anderson (1994) es el de sistema de observación, el cual se relaciona con lo que puede describirse o lo que está disponible para la observación y la descripción. Esto significa que el observador o la persona que está siendo descrita limitan sus dichos y hechos según su comprensión de la relación con el que describe. La persona únicamente selecciona algo para enfocar su atención, sobre algo pone el “foco de atención” y algo queda fuera de éste. En términos de Bateson y Maturana, este foco de atención se llama “establecer una diferencia”.

De esta manera un mismo hecho puede ser descrito de formas diferentes, cada persona puede darle diferente descripción. En este sentido, dentro del Equipo Reflexivo se le da importancia a la concepción de la realidad, entendiendo que es la percepción de la “realidad” de cada persona. La misma situación externa puede resultar o transformarse en muchas realidades.

Este intercambio de descripciones, explicaciones, definiciones y significados diferentes, se desarrolla a través del intercambio conversacional. En esta conversación el terapeuta y el grupo de reflexión toman los postulados de la cibernética de Segundo Orden, así como una postura constructivista respecto a la ética del trabajo con toda la familia, descartando de antemano cualquier idea preestablecida respecto del problema, pues esta situación los llevaría a trabajar como “expertos”, limitando y generando fricción entre el terapeuta y el grupo de reflexión, lo cual se convertiría en antiterapia (Sánchez, 2000).

◆ NARRATIVA

Los representantes de la corriente narrativa son Michael White, terapeuta familiar que reside en Adelaida, Australia, y David Epston, de Auckland, Nueva Zelanda (Suárez-Castillo, 2004). Algunas de las principales influencias epistemológicas para la corriente narrativa han sido los trabajos de Gregory Bateson y las ideas sobre el discurso del poder de Michel Foucault.

White y Epston (1993), mencionan que fue a través de los escritos de Bateson (1972 – 1979) como llegaron a conocer el *método interpretativo*. Bateson argumentaba que para nosotros no es posible conocer la realidad objetiva. Refiriéndose a la máxima de Korzybski que afirma que “*el mapa no es el territorio*”, Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinado y restringido por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. Comparando estos mapas con pautas, argumentó que la interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que éste encaja dentro de pautas conocidas, y llamó al proceso “*codificación de la parte a partir del todo*” (Bateson, 1972; citado en White y Epston, 1993).

Lo que conocemos del mundo lo conocemos sólo a través de nuestra experiencia de él, por lo tanto, cualquiera que sea nuestra impresión acerca del estado de la vida interior de alguien, la obtenemos por medio de sus expresiones; y para interpretar éstas tenemos que valernos de nuestra experiencia vivida y de nuestra imaginación.

Así mismo, la obra de Bateson llevó a White a prestar atención a una dimensión que en general no tiene demasiado eco en la terapia: la dimensión temporal. Al afirmar que toda información es necesariamente la “*noticia de una diferencia*”, y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio (White y Epston, 1993).

El concepto de la analogía del texto, tiene ciertas semejanzas con la noción de mapa y de la narración. Sin embargo, el concepto de narración tiene ciertas ventajas sobre el mapa, ya que incorpora la dimensión temporal (White y Epston, 1993).

La analogía del texto, además de incluir la temporalidad a las narraciones de las personas, permite en lo relacionado con la terapia y el tratamiento de problemas, la narración y descripción del problema, es decir, su carrera y estilo de vida, de tal forma que se da a la terapia un mérito literario, se convierte en una “*terapia de mérito literario*”.

De esta analogía del texto, surge la idea de que las personas dan sentido a sus vidas y relaciones a través del relato de su experiencia y de la interacción del relato con otros. Entonces, si se acepta esta propuesta, también podría incluirse la idea de la experiencia que tiene una persona respecto a sus problemas y la representación de éstos en los relatos con otras personas. Esto significa la existencia de relatos dominantes del problema, los cuales con frecuencia se tornan inútiles, insatisfactorios y cerrados.

De acuerdo con lo anterior, para la corriente narrativa resulta especialmente útiles las ideas de Foucault respecto del discurso de poder. Estas ideas ayudan a analizar los relatos que proporciona el contexto sociopolítico de la experiencia de la persona y los efectos del poder sobre las vidas y las relaciones de la persona (White y Epston, 1993).

Los cuestionamiento de Foucault sobre el discurso del poder (Foucault, 1979, 1980 1984; citado en White y Epston, 1993), sostienen que el poder tiene efectos positivos y constitutivos en la vida de las personas (no se entiende positivo como algo deseable o favorable, sino a que el poder es constitutivo y determinante), pues nos sometemos a “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas. Estas “verdades” a su vez, se construyen o producen en el funcionamiento del poder. Foucault sostiene que a través de esta “verdad” se subyuga, se pretende crear conocimientos globales, unitarios y universalmente aceptados, los cuales constituyan “realidades objetivas”.

Estas “verdades” normalizadoras constituyen un conocimiento que implica poder. Esta dualidad conocimiento-poder o poder-conocimiento, implica conocimientos ascendentes y descendentes, aquellos que son reconocidos por las instituciones (de poder) y aquellos conocimientos que son subyugados.

¿Qué implicaciones tiene para la terapia? Las narraciones dependen del lenguaje, esto significa que al utilizar el lenguaje no nos estamos comprometiendo en una actividad neutral (“el lenguaje no es inocente”), sino que existen discursos culturalmente prescritos, y en este sentido existen discursos “de verdad” (parte de los conocimientos globales e unitarios) que contribuyen a la mediación de las relaciones entre las personas. Respecto a los problemas, existen narraciones y discursos dominantes que influyen en sus experiencias. Las personas son incitadas a realizar acciones, a través de las técnicas de poder que afectan sus vidas y relaciones, a fin de someterse y someter a otros en estos discursos “de verdad” (White y Epston, 1993).

De acuerdo con los trabajos de Bateson acerca de distinguir las diferencias y las ideas de Foucault acerca del discurso de poder, White y Epston desarrollan una serie de intervenciones terapéuticas que favorecen la externalización de los problemas, es decir, que instan a las personas a que se separen de los problemas, de manera que los problemas se convierten en una entidad separada y externa a la persona. Esta idea se basa en distinguir entre:

Los efectos del problema en la vida de la persona.

Los efectos de la persona en la vida del problema.

En este sentido, se apoya de la analogía del texto para relatar la descripción del problema, la cual se caracteriza por ser saturada e influenciada por el discurso dominante del contexto sociocultural. La externalización del problema implica lo siguiente:

- Hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
- Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.

- Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
- Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
- Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían “terriblemente serios”.
- Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema.

White (1994) expone el enfoque relacionado con la forma de interrogar dentro de la Narrativa, al tipo de preguntas que utiliza durante el interrogatorio le llama Preguntas de Influencia Relativa. Este tipo de preguntas incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema. Estas preguntas ponen especial interés en describir la influencia que tiene el problema en sus vidas y en sus relaciones, así como en identificar las excepciones a la influencia del problema en sus vidas y relaciones. Estos últimos conocidos como logros aislados, los cuales contradicen la descripción de la vida de la familia saturada de problemas. Clasifica las preguntas en las siguientes categorías:

- *Logros aislados e historias alternativas.* Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a especular sobre sus propias percepciones y a recibir más directamente significaciones que, de otra manera, habrían pasado inadvertidas “milagros atemporales” que podrían pasar inadvertidos.
- *Explicaciones únicas.* Alientan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio. Los logros aislados están estructurados en el “panorama de la acción”.
- *Redescripciones únicas.* Estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescripción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a operar en el dominio de la conciencia y a hacer que se manifiesten otros conocimientos.
- *Posibilidades únicas, preguntas a futuro.* Incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal de sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y redescripciones únicas. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a investigar sobre otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, así como descubrir versiones alternativas para el futuro.

En síntesis en este enfoque, el terapeuta busca co-construir y de-construir las historias y narraciones de la familia para favorecer el cambio. La analogía del texto y específicamente el uso del lenguaje como el principal instrumento durante la conversación favorecen la co-construcción de historias alternativas dentro del espacio terapéutico.

◆ COLABORATIVA

La corriente Colaborativa, más que una forma de terapia *es una forma de hacer terapia*, es decir, una postura filosófica que busca la co-construcción de significados a través del lenguaje durante la conversación.

La postura colaborativa en la terapia destaca que los significados los crean y los experimentan los individuos que conversan (Anderson y Goolishian, 1996). La gente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan.

El terapeuta que es congruente con una postura colaborativa se caracteriza por el interés y la intención de establecer una oportunidad para el diálogo, y a través de éste, es co-constructor de oportunidades para la autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y situación. Estas transformaciones resultan de la creación dialógica de una nueva narrativa. En otras palabras, el cambio ocurre conforme el diálogo fluye (Anderson, 1999).

La postura colaborativa se basa en la premisa de “*no saber*” del terapeuta. Se concibe a la terapia como una colaboración entre personas con experiencias y perspectivas distintas, más que como una relación entre un experto y sujetos que piden ayuda, de tal forma que el terapeuta se ubica en una posición de “*no saber*”, a fin de abrir posibilidades, de manera que no se corra el riesgo de restringir con el saber (Elkaïm, 1996).

La postura de “*no saber*” o también llamada de “*ignorancia*” requiere que la comprensión y las interpretaciones del terapeuta no se limiten por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente (Anderson y Goolishian, 1996). Al mismo tiempo se requiere por parte del terapeuta de una genuina actitud de curiosidad.

Esta posición promueve que el terapeuta se mantenga dentro de un proceso de aprendizaje, que privilegia la búsqueda común del terapeuta y del cliente, sin implicar por esto un rechazo a todo saber anterior (Elkaim, 1996).

No se trata de una postura en la que los terapeutas poseen un conocimiento privilegiado o superior que le permite diagnosticar el problema de un sistema; se trata de una definición colaborativa de los problemas. Por lo tanto, se trata de una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del dialogo acerca de los problemas (Anderson y Goolishian, 1992).

La postura colaborativa busca una co-construcción, que contrapone los sistemas sociales a los sistemas lingüísticos, las familias a los individuos que viven dentro del lenguaje y las organizaciones horizontales e igualitarias (Elkaim, 1996).

Anderson y Goolishian (1996), afirman que la postura colaborativa se apoya en las siguientes premisas:

- *Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado.* Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor

pueden describir los sistemas lingüísticos son los que participan en ellos y no observadores externos. El sistema terapéutico es uno de estos sistemas.

- *El significado y la comprensión se construyen socialmente.* No accedemos al significado y a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, nos comprometemos en un discurso o dialogo generador de significados dentro del sistema para el que la comunicación tenga relevancia. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.
- *En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema.* Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico del sistema. El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.
- *La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la “conversación terapéutica”.* La conversación terapéutica es una búsqueda y un exploración mutua, a través del dialogo es un intercambio de doble vía. Se trata de un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “*disolución*” de los problemas.
- *El papel del terapeuta es el de una artista de la conversación cuya habilidad se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal.* El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
- *El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales, o terapéuticas, que faciliten el espacio conversacional y el proceso dialogal.* Para lograrlo el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “*ignorancia*”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.
- *Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.*
- *El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y por lo tanto de la oportunidad de una nueva mediación.* El poder de la narración reside en su capacidad

para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestra vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

En conclusión, la postura colaborativa en la psicoterapia es una filosofía basada en la genuina actitud del terapeuta de “*no saber*”, es decir, el terapeuta es congruente con el desconocimiento sobre el problema y muestra una actitud de curiosidad ante la familia, ya que ellos son los expertos en el problema, conocen todo sobre éste. El terapeuta se considera experto en los medios para generar conversaciones terapéuticas que ayuden a diluir los problemas, no ha resolverlos. De esta manera se establece una relación horizontal donde terapeuta y familia co-construyen narraciones alternativas que dentro de la conversación ayudan a diluir los problemas.

En el siguiente capítulo se presentan cuatro casos clínicos atendidos durante la residencia en Terapia Familiar, el análisis de los casos se desarrolla bajo la aproximación teórica y conceptual bajo la cual fueron abordados, de tal forma que se ejemplifican algunos de los modelos de las terapias familiares sistémicas y posmodernas.

Estos casos son representativos de las problemáticas que frecuentemente se presentan en la consulta institucional y privada, tales como: las familias con enfermos crónicos, la violencia y la lucha de poder en la pareja, así como las crisis normativas del ciclo vital de la familia (familias con hijos adolescentes).

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: UN ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO DE FAMILIAS CON ENFERMOS CRÓNICOS

En este capítulo se presentan las habilidades clínicas desarrolladas durante la formación como terapeuta familiar, se aborda el tema de las familias con enfermos crónicos, el cual se ejemplifica con el análisis de un caso clínico atendido durante la residencia en Terapia Familiar. Posteriormente, se presentan el análisis de otros tres casos clínicos: uno de terapia familiar, otro de terapia de pareja y uno más de terapia individual.

Más adelante se demuestra el desarrollo de las habilidades de investigación, presento los reportes de dos investigaciones, una con metodología cuantitativa y otra desarrollada a través de metodología cualitativa.

Asimismo, presento el desarrollo de habilidades para la enseñanza y difusión del conocimiento mediante la exposición de dos productos tecnológicos (tríptico y manual), un programa de atención comunitaria y una ponencia en un foro académico a nivel nacional.

Por último, reflexiono en torno a la reafirmación y adquisición de valores éticos en la práctica clínica de la Terapia Familiar.

3.1 Las familias con enfermos crónicos

Las enfermedades crónicas son aquellas patologías de larga duración y no curables, como: el cáncer, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, la enfermedad de parkinson, la esclerosis múltiples, entre otras.

La experiencia de una enfermedad crónica es un evento paranormativo que afecta profundamente a la organización de la familia, es un proceso que demanda ajustes y modificaciones en las funciones de cada uno de sus miembros. Es común que durante este trance se desencadenen tensiones y conflictos en las relaciones familiares, lo cual exige una re-estructuración de las funciones y jerarquías en la familia.

No todas las familias reaccionan de la misma manera, a algunas les lleva algún tiempo reorganizarse y finalmente logran adaptarse a una nueva condición; sin embargo, para otras familias esta experiencia es vivida con un alto grado de tensión y conflicto, lo cual limita la adaptación y compromete tratamiento adecuado del enfermo, así como el bienestar de la familia en su conjunto.

Existen familias con enfermos crónicos que reaccionan sobreinvolucrándose, es decir, su atención se centra en el enfermo y se resta atención a los demás miembros de la familia, lo cual posteriormente es probable que favorezca la presencia de factores que pongan en riesgo a otros

miembros (problemas de conducta, bajo rendimiento académico, adicciones, embarazo adolescente, etc.). En cambio algunas otras optan por desintegrarse, a través de: la separación, el divorcio o la institucionalización del enfermo.

Cuando un miembro de la familia sufre una enfermedad crónica, otro miembro toma el rol de cuidador principal, generalmente lo toma la madre, la esposa o la hija de éste, sobre todo en edades extremas, como la niñez o la ancianidad. Este rol consiste en: la preparación de la dieta, la supervisión del cumplimiento terapéutico, así como de las revisiones periódicas; sin embargo, el cuidador principal no solo se encarga de las tareas operativas, sino también es un apoyo emocional y social para el paciente. Esta situación hace proclive a los cuidadores principales a desarrollar problemas psicosomáticos y cuadros depresivos, además de limitar su independencia y autonomía.

Actualmente los tratamientos integrales y multidisciplinarios en enfermedades crónicas incluyen la atención de las necesidades de los cuidadores primarios y otros miembros de la familia.

La familia se enfrenta a una fuerte tensión relacionada con la demanda de atención y tiempo que implica el tratamiento del enfermo, por lo cual es posible que genere una situación de estrés crónico; se ha observado que a mayor incapacidad del enfermo, es más alta la probabilidad de desarrollar estrés crónico en la familia.

Los factores involucrados en el nivel de estrés crónico familiar son: el grado de discapacidad o gravedad del enfermo, el grado de involucramiento familiar y la etapa del ciclo vital de la familia; también se ha observado que un factor de protección ante el estrés crónico, es la red social que apoya a la familia.

Los cuidadores primarios y otros miembros de la familia, frecuentemente experimentan durante este trance: sentimientos de culpa por la herencia genética o cualquier otro factor asociado al padecimiento, incertidumbre, preocupación por el futuro, aislamiento y sentimientos ambivalentes hacia el enfermo.

Las enfermedades mentales crónicas, como: la esquizofrenia, el retraso mental, la parálisis cerebral, la demencia senil, entre otras, son condiciones que complican más la organización de la familia, principalmente cuando existe un deterioro cognitivo o una demencia avanzada. Estos déficit en las habilidades del enfermo hacen más complicado su cuidado, pues limitan su autonomía y productividad, haciéndolo dependiente casi por completo de su familia.

A continuación se presenta un caso clínico atendido durante la formación en Terapia Familiar, en éste se presenta el proceso terapéutico individual de una mujer que tiene el rol de cuidador primario dentro de una familia uniparental con tres enfermos crónicos (esquizofrenia, retraso mental y depresión), cuyo motivo de consulta es la sobrecarga, los malestares emocionales y el estrés crónico que conlleva la tarea de apoyar al cuidado y tratamiento de los enfermos.

3.1.1 CASO HILDA

Terapeuta:	Maribel Méndez Llamas.
Supervisora:	Mary Blanca Moctezuma Yano.
Equipo Terapéutico:	Elvia Luisa Alfaro Bravo, Julio César Cortés Ramírez, Roberto Chávez Nava, Ana Lilia Escalante Zamudio, Ma. Guadalupe García González, Martha López Zamudio, Domingo Lorenzo Hernández, Lourdes Soto Hernández, Miriam Zavala Díaz
Modelo terapéutico:	Terapia Breve.
No. de sesiones:	14.
Modalidad:	Terapia Individual.

Introducción

El proceso terapéutico de la Sra. Hilda se trabajó de manera individual, bajo el modelo de Terapia Breve. La problemática que presentó se relacionó con la sobrecarga de responsabilidades familiares, ella se encarga de resolver las necesidades básicas y económicas de todos los miembros de su familia, la sobrecarga de responsabilidades es el motivo de consulta. Hilda es una mujer de 65 años de edad, divorciada y actualmente vive con sus dos hijos adultos y un hermano con Esquizofrenia; el mayor de sus hijos le diagnosticaron Lesión Cerebral Difusa y su hija menor esta desempleada, padece de lumbalgias, trastorno alimenticio por atracón y depresión. El proceso terapéutico se concluyó en 14 sesiones y una sesión de seguimiento.

Motivo de Consulta

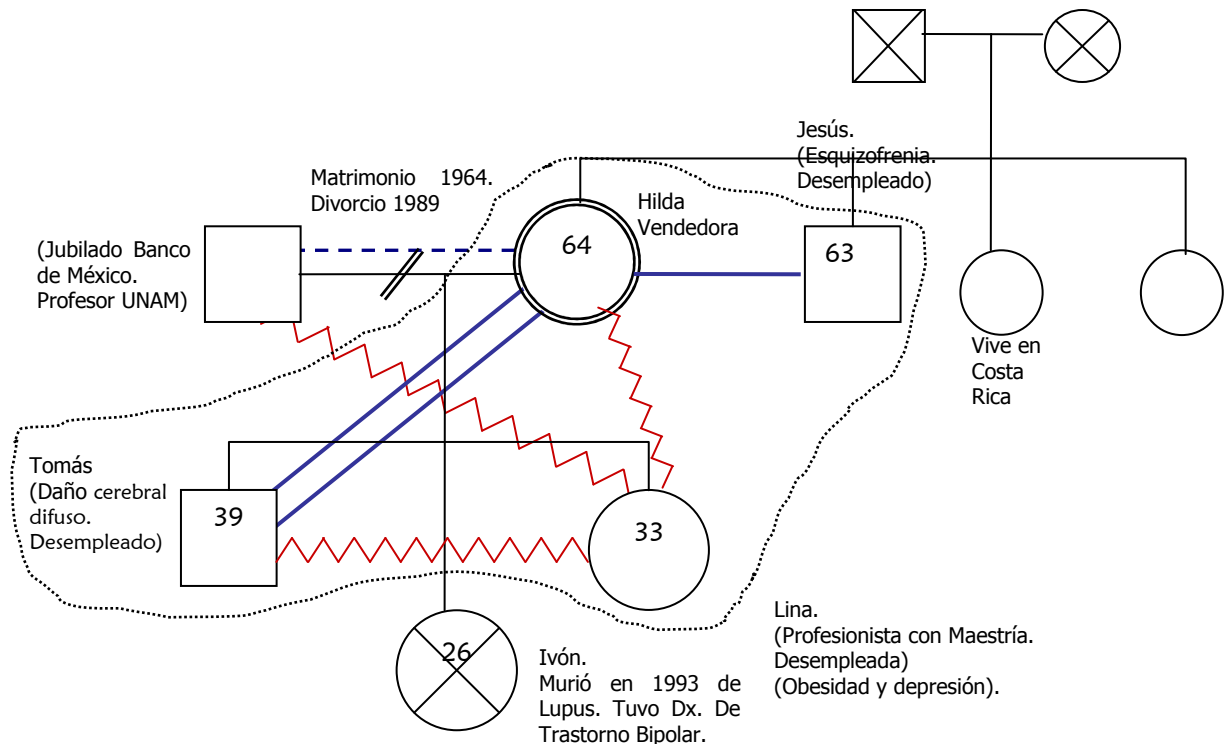
Hilda menciona en su solicitud de ingreso que tiene problemas personales y familiares. Respecto a los personales señala que se siente deprimida y con dificultad para relacionarse fuera de su núcleo familiar. En cuanto a los problemas familiares se siente agobiada, sobrecargada y preocupada por solucionar satisfactoriamente las necesidades de todos los integrantes de su familia; percibe que sus hijos y hermano no acceden cuando ella les pide ayuda, también le preocupa la relación que tiene con su hija, se culpa por no poder ser afectuosa y cariñosa con ella.

Presentación de la Familia

Hilda se divorció del padre de sus hijos hace 16 años debido a problemas de violencia doméstica, actualmente mantiene poca relación con su expareja, solo hablan de cuestiones parentales. Ambos hijos conviven con su padre y reciben ayuda económica de éste. Hace 12 años murió su hija Ivón a la edad de 26 años, ella padecía de Lupus y Trastorno Depresivo Bipolar. La paciente se encarga del cuidado y manutención de su hijo Tomas, quien tiene 39 años de edad y desde su infancia le diagnosticaron Disfunción Cerebral Difusa; apoya económica e instrumentalmente a su hija Lina de 33 años de edad, quien tiene estudios de posgrado y actualmente se encuentra desempleada, padece

de Lumbalgias y tiene problemas emocionales, le diagnosticaron Depresión y Trastorno Alimenticio por Atracón; por último, desde hace 2 años (posterior a la muerte de su madre) se encarga del cuidado de su hermano Jesús de 64 años de edad, quien tiene Esquizofrenia. Hilda se apoya económicamente de la renta de algunas habitaciones de su casa a estudiantes y de la venta de bolsas y zapatos por catálogo.

Familiograma



Definición del Problema

La problemática por la que acude Hilda a terapia se encuentra relacionada con las características que social y culturalmente le son atribuidas al rol materno. En nuestra sociedad se asume que las madres son responsables del cuidado, bienestar y unión familiar. Esta situación se observa reproducida dentro de este contexto familiar; Hilda se percibe como la única responsable de dar solución a las necesidades de su familia y de salvaguardar la unión familiar.

La idea de Hilda de cumplir satisfactoriamente con el rol materno se observa en las interacciones de este sistema familiar, principalmente en la relación madre e hija. Lina constantemente reprocha a Hilda por dar mayor cuidado y atención a su hermano Tomás, por la muerte de su hermana Ivón y por la historia de violencia entre sus padres. De esta manera se

alimenta la idea de culpabilidad y la necesidad de repararla cubriendo las necesidades actuales de sus hijos.

De acuerdo con lo anterior, la problemática de Hilda y su familia puede conceptualizarse como un error de tipificación lógica, es decir, emprende acciones en un nivel lógico distinto al del problema: **Hilda emprende acciones tratando de resolver los problemas de sus hijos, cuando la solución se encuentra en un nivel lógico superior, es decir dejar que los hijos se hagan cargo de sí mismos, y así dejar de hacer “más de lo mismo, o cuando la solución es el problema”¹.**

Soluciones Intentadas

Las que mantienen el problema ó más de lo mismo:

- ✓ Esforzarse más por satisfacer los requerimientos de los demás.
- ✓ Hacerse cargo, cada vez, de más responsabilidades.
- ✓ Dejar sus ocupaciones o las actividades que la entretienen, para dedicarse a cuidar de los otros.
- ✓ Pedirles a los otros que hagan las cosas que se necesitan.

Es importante señalar que durante las primeras entrevistas se identificaron los intentos de solución, es decir, aquellos esfuerzos que ha realizado Hilda para salir del problema y que paralelamente refuerzan la pauta. No obstante, también se observaron excepciones al problema y que de acuerdo con la postura que muestra Hilda de cooperación y disposición para el cambio, se optó por seguir intervenciones desde un enfoque de terapia centrada en las soluciones, ya que en este caso en particular, las intervenciones de búsqueda y amplificación de las excepciones favorecían el cambio.

Las excepciones o acciones que le han permitido salir de los problemas:

- ✓ En los problemas que tuvo con su esposo, realizó cambios tipo dos emprendiendo acciones en un nivel lógico superior, es decir se divorció. De esta manera salió del juego.
- ✓ Quedarse callada cuando observa que puede propiciar una escalada de violencia, de esta forma la evita.
- ✓ Cuando hay enfrentamientos entre sus hijos, ella es capaz de mediar entre ellos y detenerlos.

¹ Watzlawick, P. ; Weakland, J. y Fish, R. (1999). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder, 1974. pp 52.

Metas y Objetivos de Tratamiento

- ✓ Repartición equitativa en los trabajos de la casa, logrando que cada quien se encargue de sus propias responsabilidades.
- ✓ Que Hilda logre expresar lo que siente y piensa a sus hijos.
- ✓ Mejorar la relación entre la paciente y su hija, en términos de pasar más tiempo juntas, delimitando tiempo y espacio.
- ✓ Hacer con firmeza peticiones claras y concretas de sus necesidades a sus hijos.

Indicadores para el Cambio

De acuerdo con el modelo de terapia breve centrada en las soluciones, el cambio se encuentra dirigido a tres aspectos de la vida de los pacientes, se esperan cambios en: la forma de actuar, la forma de ver y en el contexto². De tal forma que al establecer conjuntamente con Hilda las metas del tratamiento, en un inicio se esperaron los siguientes indicadores:

- ✓ Que sea capaz de pedir con firmeza a sus hijos y hermano ayuda para la realización de tareas domésticas.
- ✓ Que tenga iniciativa para proponer o invitar a su hija, a compartir espacios recreativos o culturales que sean del interés de ambas.
- ✓ Que dé prioridad a sus actividades personales, como darse tiempo para continuar asistiendo a las reuniones con su grupo religioso.
- ✓ Que al sentir que se muestra cariñosa y afectuosa con sus hijos, ellos respondan y accedan más fácilmente a sus peticiones.

Principales Intervenciones

La problemática se atendió bajo el modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones, fue útil para el proceso terapéutico centrarse en las excepciones al problema, pues la paciente al comenzar a reconocer sus recursos y ampliar las excepciones a otras relaciones y áreas de su vida fue posible que rompiera la pauta del problema y comenzara a percibir cambios relacionados con su manera de ver su situación, actuar en sus relaciones y en el contexto.

Dentro de las principales intervenciones en este proceso se encuentra el *re-encuadre*, la cual se refiere a la modificación del marco con el paciente percibe su problema, es decir, a las ideas, explicaciones, creencias, conclusiones, etc. acerca de su queja. La tarea del terapeuta es re-

² O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989. pp 52.

encuadrar y/o desenmarcar estas ideas con un nuevo marco que sea congruente con las experiencias del paciente y favorezca el cambio³.

En distintas ocasiones se utilizaron intervenciones para re-encuadrar las ideas y creencias que tenía Hilda de su problemática, pues se entiende que ésta es una de las operaciones básicas para el proceso de cambio. Por ejemplo:

- ✓ Cuando Hilda se percibe como una madre poco cariñosa y afectuosa, se re-enmarca llevando a la paciente a que vea las diferentes formas en que ella demuestra su afecto y atención hacia sus hijos, como: preocupándose por su bienestar físico, estar atenta a sus necesidades, estar pendiente de sus medicamentos y citas con el médico, etc.
- ✓ Cuando Hilda se percibe como incapaz y dependiente de su hija, se lleva a que identifique las acciones que realiza dirigidas a resolver las necesidades de la familia, las cuales hablan de una mujer autónoma.

Algunas de las técnicas utilizadas con mayor frecuencia fueron la Búsqueda y Ampliación de las Excepciones al problema⁴. Favoreció que Hilda reconociera sus recursos y capacidades, de tal forma que los pudiera poner en práctica, pues en la medida que una persona reconoce sus excepciones se convierte en un trampolín para otras acciones dirigidas hacia el cambio. Un ejemplo de esto:

- ✓ La decisión de divorciarse y responsabilizarse de su familia, funcionó como una excepción ante la idea de percibirse como una persona dependiente e incapaz de tomar decisiones.
- ✓ La relación cercana que tiene con Tomás y la facilidad para pedirle lo que ella necesita, funcionó como una excepción ante la idea de que nadie responde a sus peticiones y de que puede mostrarse cariñosa.
- ✓ La firmeza con la que puso un límite a la conducta inaceptable de su hermano (orinarse en los pantalones), además de verse como una excepción se amplió a otras áreas de su vida.
- ✓ El respeto que pidió a su hija respecto a la asistencia a su grupo religioso, se amplió a otras actividades que le interesan y requieren de prioridad.

³ Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós, pp 130.

⁴ Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós, pp 115.

Otra de las técnicas utilizadas fueron las preguntas Enfocadas al Futuro y la Pregunta del Milagro⁵, las cuales ayudaron a Hilda a identificar los indicadores de los cambios que deseaba en su vida y lo que ella estaba dispuesta a hacer para conseguir sus metas. Además favorecieron que se centrara en su realidad y comenzara tomara acciones en función de su tranquilidad y bienestar físico, así como pensar en la prevención de futuros problemas relacionados con la condición de su hermano y su hijo (Esquizofrenia y limitaciones intelectuales).

También se utilizaron las preguntas de la Escala con el fin de evaluar el proceso terapéutico, es decir, cuál era la percepción de Hilda respecto a las metas terapéuticas y explorar dónde ella ubicaba sus logros.

Logros y Alcances del Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico constó de 14 sesiones individuales, aún cuando la problemática involucraba a toda la familia se trabajó solamente con Hilda, pues se partió de la premisa de que el cambio que se presente en uno de los integrantes del sistema, tendrá efectos en el resto de la familia. Esto significa que un pequeño cambio en un integrante crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas de su vida y en los demás miembros de la familia⁶.

Se observaron varios indicadores que hablan de los cambios que logró Hilda en su persona y familia, entre ellos se encuentran:

Observados por la paciente

- ✓ Paulatinamente ambos hijos han participado en las labores domésticas.
- ✓ Hilda sugiere y establece acuerdos con Lina para mantener en orden la casa y compartir actividades recreativas.
- ✓ Hilda logró establecer límites firmes con su hermano.
- ✓ Hilda modificó la organización de sus actividades, cedió algunos tiempos para sí misma dando prioridad a su salud física y mental, asiste a clases de yoga y computación, continúa asistiendo a la Iglesia y práctica natación.
- ✓ Tomás se encuentra buscando empleo considerando su situación física e intelectual.
- ✓ Lina está por enviar algunas solicitudes de empleo.
- ✓ Los conflictos entre los hermanos continúan pero Hilda entiende que no está en sus manos solucionarlos.

⁵ Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós, pp 118-126.

⁶O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989. pp 53.

Observados por la terapeuta y el equipo terapéutico

- ✓ Se observa en su discurso que comienza a cambiar la imagen de sí misma, empieza a cuestionar la idea de “ser mala madre”, piensa en las atenciones que ella tiene hacia sus hijos y que son contraevidencia de los reproches y quejas de su hija.
- ✓ Los cambios en la imagen del rol materno comienzan a extenderse a otras áreas de su vida, comienza a verse como una mujer capaz de hacerse responsable de su propia vida (salud física y mental, economía, intereses propios) y emprender nuevos proyectos (clases de computación).
- ✓ Los cambios en algunas áreas de su vida comienzan a verse reflejados en la dinámica familiar: su hermano respeta el límite que estableció Hilda (no orinarse en los pantalones); Tomás continúa con sus propias actividades (grupo religioso, clases de mecánica dental) de tal forma que favorece su autonomía; y por último, ha sido más difícil en la relación con Lina, las quejas y agresiones ya no están dirigidas principalmente a Hilda, sino ahora se han volcado hacia Tomás. Respecto a esta situación, Hilda comienza a entender que puede hacer cambios en la relación que ella tiene con cada uno de sus hijos, sin embargo, en la relación entre hermanos, no es responsabilidad de ella resolverla.

Discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

Para este caso en particular fue esencial considerar las premisas que plantea la Terapia Breve orientada a las soluciones, pues desde el inicio de la terapia se observó que la paciente respondía de una manera positiva al reconocimiento y validación de sus recursos y habilidades. Esta identificación y validación de recursos propios motivó a la paciente para realizar paso a paso cambios en sí misma y en las interacciones con su familia.

Es importante mencionar que la búsqueda de excepciones al problema y el reconocimiento de recursos y habilidades propias de los pacientes desde esta orientación terapéutica, es necesario seguir el *timing* o ritmo del paciente, esto significa, que los pacientes necesitan sentirse escuchados y validados antes de querer hablar o escuchar las cosas positivas de sí mismos. En este proceso terapéutico, la terapeuta tuvo la necesidad de aprender a ser sensible a este ritmo, pues en las primeras intervenciones la paciente desconfiaba o se mostraba renuente a las connotaciones positivas, lo cual indica la necesidad de ser escuchada y validada más que escuchar sobre sus recursos o excepciones al problema.

De esta manera, fue benéfico para el proceso terapéutico explorar ampliamente la postura y creencias de la paciente respecto a su problemática. Esta situación ayudó a que la paciente se

sintiera escuchada y se utilizara su propio marco de la realidad para enmarcar y desenmarcar alternativas dirigidas al cambio de las formas de ver, pensar y actuar.

De acuerdo con lo anterior, el uso del propio lenguaje de la paciente es esencial para la terapia breve centrada en las soluciones, pues es necesario considerar el significado que la paciente le otorga a los hechos, y la tarea del terapeuta es hacer uso de este lenguaje con intervenciones encaminadas a encauzar los significados de las palabras que utiliza el paciente en una dirección más productiva, alejándolo de etiquetas fijas y negativas que lo “entrampan” en el problema. En este proceso terapéutico se observaron importantes cambios en la forma en que la paciente veía y hablaba de sus problemas.

Otro tipo de intervenciones que favorecieron de manera importante los cambios en la paciente y en las interacciones familiares fue el uso de directivas, pues al formarse un clima de colaboración en el sistema terapéutico (paciente-terapeuta-equipo), la paciente respondía positivamente a las tareas dirigidas a romper la pauta del problema.

En términos generales, este proceso terapéutico fue un ejemplo en la práctica clínica de las premisas que sustentan la Terapia Breve Orientada en las Soluciones⁷:

- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.*
- *El cambio es constante.*
- *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.*
- *Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.*
- *No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.*
- *Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.*
- *Los clientes definen los objetivos.*
- *El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.*
- *No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.*
- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.*

La consideración de las premisas que caracterizan a este enfoque terapéutico ayudó a generar un clima de colaboración y confianza que favoreció de manera positiva al establecimiento de metas terapéuticas y al logro de éstas.

⁷ O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

3.1.2 CASO INÉS

Terapeuta:	Maribel Méndez Llamas
Supervisor	Dr. Flavio Sifuentes
No. de sesiones:	14
Modalidad:	Terapia Breve Centrada en las Soluciones
Equipo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none">• Elvia Luisa Alfaro Bravo.• Julio Cesar Cortés Ramírez.• Guadalupe García González.• Domingo Lorenzo Hernández.

Introducción

Inés solicita atención terapéutica individual debido a problemas de pareja. Tiene un matrimonio de 17 años, durante el cual siempre han existido relaciones extramaritales con diferentes parejas por parte de su esposo, que dentro del contexto social y cultural de la familia son permitidas. Sin embargo, se convierte en un problema para la paciente, cuando la actual relación extramarital de Hugo se torna más estable y pone en riesgo la homeostasis del sistema. El proceso terapéutico tuvo una duración de 14 sesiones quincenales, el cual se basó teóricamente en el Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Motivo de Consulta

La paciente solicita atención terapéutica en el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor”, Fac. de Psicología, UNAM. En el momento en que requiere la atención se encuentra con un gran malestar emocional debido a que su esposo tiene una relación extramarital, esta situación le genera queja, confusión, sentimientos de devaluación, así como enojo y coraje hacia su pareja.

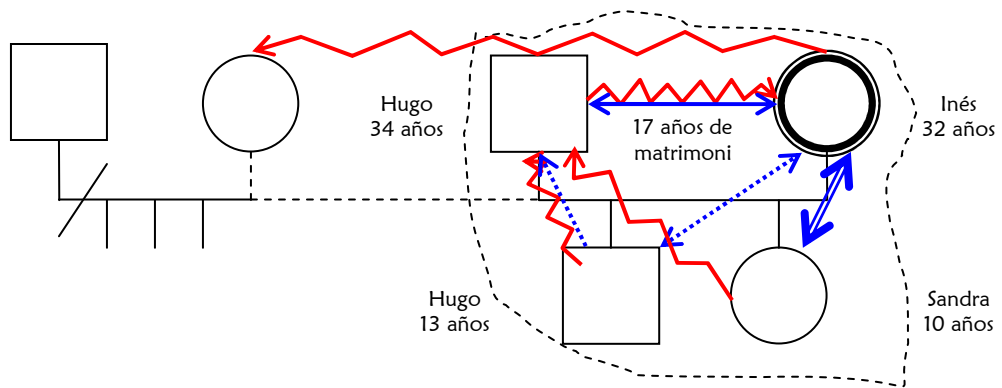
Presentación del Sistema Familiar

La pareja se encuentra en la Etapa del Ciclo Vital “*Diferenciación y Estabilización*”⁸, la cual se encuentra entre los 8 y 15 años de matrimonio (la pareja tiene 17 años de relación, sin embargo, se acercan a la descripción de esta etapa). Tienen dos hijos, Hugo en etapa adolescente y Sandra en etapa escolar. Las crisis características de esta etapa del ciclo vital se relacionan con las diferencias en el crecimiento personal y logros de los cónyuges, así como el cuestionamiento de la elección de pareja. En esta pareja se observa cierta relación con lo que señala la teoría, pues las relaciones extramaritales y el cuestionamiento de Inés respecto a su insatisfacción en su propio crecimiento personal, la llevan a cuestionar el mantenimiento de su relación de pareja. La relación de pareja se describe con base a los siguientes aspectos:

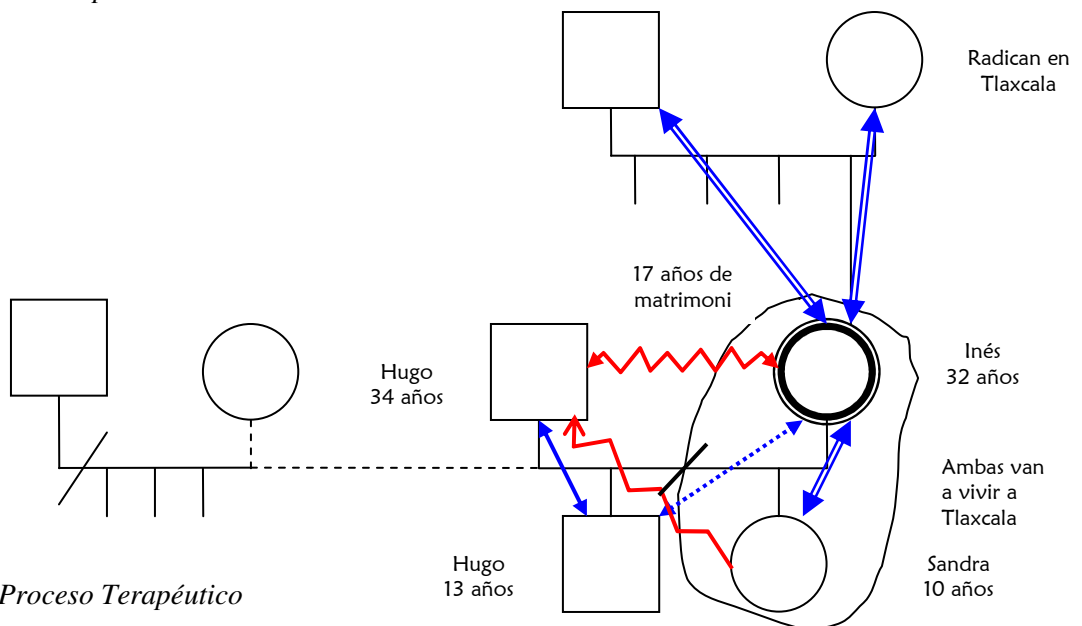
⁸ Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Amorrortu: Buenos Aires.

- ✓ *Límites.* La pareja tiene un acuerdo implícito respecto a la permisividad de las relaciones extramaritales de Hugo, las cuales han sido pasajeras y con diferentes parejas durante los 17 años de matrimonio, sin embargo, actualmente existe una relación extramarital estable desde hace aproximadamente 5 meses.
- ✓ *Intimidad.* Se refiere a la distancia afectiva y geográfica de la pareja. Afectivamente desde el inicio del matrimonio se han caracterizado por mostrarse distantes, sensibles a las críticas ante las muestras de afecto. Con frecuencia su interacción es agresiva y hostil. Respecto a la sexualidad, mantienen constante actividad sexual, Inés menciona que cede ante Hugo para no generar conflicto.
- ✓ *Jerarquía.* La relación se caracterizó por ser complementaria, sin embargo, ante la relación extramarital actual de Hugo, Inés ha hecho uso de su poder y la relación se ha tornado simétrica con constantes escaladas que llevan a situaciones de violencia física.

Familiograma



Antes del Proceso Terapéutico



Al Finalizar el Proceso Terapéutico

Planteamiento del Problema

El problema que trae a Inés a terapia son los sentimientos de enojo, coraje, rabia y confusión respecto a la actual relación extramarital de Hugo. Estos sentimientos generan gran malestar emocional en la paciente que la llevan a cuestionar su rol de esposa, las creencias sociales y culturales respecto a la permisividad implícita de la infidelidad en su matrimonio.

El malestar emocional que experimenta la paciente se convierte en problema cuando trata de enfrentar a su esposo respecto a la estabilidad de su relación extramarital actual y se generan grandes discusiones, las cuales se caracterizan por situaciones de violencia psicoemocional y en ocasiones física.

La relación entre Inés y Hugo desde hace cinco meses se torna simétrica con frecuentes escaladas. Ambos cónyuges luchan por tener el control, Hugo busca controlar los tiempos y espacios de Inés, y por otra parte, Inés trata infructuosamente de que Hugo termine con la relación extramarital.

Las discusiones se agudizan cuando Hugo no regresa a casa durante una noche o varios días. Inés ante el coraje y enojo que experimenta lo enfrenta, y en ocasiones, además de las agresiones verbales, Hugo la arremete físicamente.

Respecto al sistema de creencias de la paciente, se observa la existencia de un acuerdo implícito que permite situaciones de infidelidad en Hugo, sin embargo, la estabilidad de su actual relación y la juventud de su actual pareja generan desestabilización en el sistema familiar. El contexto familiar y cultural en que vive la familia favorece la infidelidad de los hombres, así como exige que las mujeres no cuestionen esta situación y asuman el control de su pareja.

La postura de la paciente respecto a su problema es de colaboración hacia la terapia. Inés considera que se trata de un problema de autoestima, cree que una persona con alta autoestima se muestra clara y firme en la toma de decisiones, así como también no permite que la dañe ninguna persona. La paciente señala que los problemas que experimenta en su matrimonio se basan en una baja autoestima, pues se percibe como una persona incapaz de expresarle a su esposo su desagrado, tomar una decisión ante la infidelidad y no permitir que la dañe.

Soluciones Intentadas

Las que mantienen el problema:

- ✓ Desde hace 5 meses donde la relación extramarital se torna más estable, la paciente confronta a su esposo, con el fin de que termine con esta relación. Sin embargo, ante estas confrontaciones la relación se torna simétrica y con constantes escaladas que en ocasiones terminan en agresiones físicas hacia Inés.

- ✓ La paciente busca controlar a Hugo y pedirle que termine con la relación extramarital negando su ayuda en el negocio familiar y negando las relaciones sexuales. Sin embargo, al no conseguir que Hugo termine su relación, Inés vuelve a tener relaciones sexuales con él, pero sigue negándose a ayudar en el negocio familiar.

Las que han funcionado:

- ✓ Hablar con otras personas, solamente tiene contacto con una prima de su esposo, quien la escucha, aconseja y además la ha alentado a buscar ayuda profesional.
- ✓ La lectura de libros de autoayuda, ha favorecido el cuestionamiento de su sistema de creencias.

Metas Terapéuticas

De manera conjunta con la paciente se fijaron las siguientes metas terapéuticas:

- ✓ Favorecer la toma de decisiones, Inés busca actuar de manera congruente con lo que siente y piensa, así como mantenerse firme en lo que decida.
- ✓ Favorecer el seguimiento de metas y proyectos personales, los cuales abandonó a partir del matrimonio.

Indicadores para el cambio

- ✓ La paciente habla de actuar con mayor seguridad, lo que significa que pueda comunicarle a su esposo lo que siente y piensa de manera clara y directa.
- ✓ Otra forma de demostrar seguridad es haciendo uso de su tiempo en actividades para sí misma, como: estudiar, trabajar o relacionarse con su familia.
- ✓ Actuar con mayor libertad, no accediendo al control y presión de su esposo, menciona que desea “avisar y no pedir permiso”.
- ✓ Mostrar firmeza en sus decisiones, de tal forma que pueda mantenerlas por más tiempo.
- ✓ La paciente menciona que para ella es importante que no tenga influencia en ella las acciones de su esposo, es decir, que no le afecten emocionalmente.

Principales Intervenciones

El proceso terapéutico se basó principalmente en el modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Durante las primeras sesiones se exploró el motivo de consulta y se definieron las metas terapéuticas, en varias ocasiones para detallar los objetivos y las expectativas respecto a la terapia se utilizaron las ***Preguntas Orientadas al Futuro***. Este tipo de preguntas tienen la finalidad de

construir soluciones y crear expectativas de cambio, cuando las personas perciben un pasado malo, ven igual su futuro, por lo tanto, al visualizar un futuro esperanzador y diferente, la percepción del pasado también puede modificarse⁹. Ejemplo de lo anterior fueron las siguientes preguntas:

¿Cómo te imaginas que va a ser tu relación con Hugo, de aquí en adelante?

¿Qué tendría que pasar para que tú estuvieras bien?

¿Te imaginas estar en otro lugar?

¿Cómo te imaginas la vida con tus hijos?

Con frecuencia el contenido las respuestas se caracterizaban por cuestionar el mantenimiento de este matrimonio, y por la ambivalencia ante una separación.

Un tipo de preguntas que fueron muy útiles durante el proceso terapéutico, fueron las **Preguntas Presuposicionales**, las cuales tuvieron el objetivo de influir sobre la percepción de la paciente, dirigiéndola hacia las soluciones, así como ayudarla a considerar excepciones y ver su situación desde nuevas perspectivas¹⁰. Estas preguntas se utilizaron al comenzar a observar los primeros cambios en la paciente, de tal forma que se enfatizaron las nuevas acciones y se favoreció un sentido de agencia personal. Un ejemplo de este tipo de pregunta son las siguientes:

¿Cómo te explicas que comiences a hablar de otra forma?

¿Cómo te explicas que te comportes de esta manera (se esfuerza por respetar su nueva decisión y hacer que Hugo la acepte y la respete)?

¿Qué crees que pasó en ti, para que cambiara tu forma de pensar?

¿En qué forma tú podrías acercarte a eso que quieres (ser firme con sus decisiones)?

Este tipo de preguntas ayudó a que la paciente identificara los recursos que iba desarrollando y a sentirse más segura de hacer uso de ellos.

Las preguntas de **Ubicación en una Escala** permitieron que la paciente tuviera una visión más clara de la intensidad de los problemas, observara los cambios y pudiera evaluarlos de acuerdo a su propia percepción. Esta técnica se utilizó al regresar de un período de vacaciones, donde después de observar importantes cambios en la paciente (firmeza en su decisión de no continuar trabajando en el negocio de su esposo), se realizaron este tipo de preguntas con el objetivo de que Inés pudiera ubicar los cambios que ha hecho respecto al problema. Se observó que la paciente

⁹ O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

¹⁰ O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

ubicó importantes logros respecto al problema, se percibió con mayor fortaleza e identificó mayores recursos para enfrentar la problemática de pareja.

Hacia el final del proceso terapéutico fueron de gran utilidad el uso de analogías para hablar de los cambios y ampliarlos a otras áreas de la vida de la paciente. Frecuentemente la paciente hacía uso de analogías y metáforas para explicar su pensar y sentir; de manera que en diversas situaciones se retomaban las analogías con las que explicaba los cambios y las metas que se proponía, así como para amplificar los cambios. Las metáforas que principalmente utilizaba la paciente fueron las siguientes:

“Estoy en un camino que no tiene retorno”.

“Estoy siempre encerrada en un cuarto, necesito quitar la tranca y salir”.

En ambas situaciones la paciente hace referencia a la firmeza que comienza a mostrar en sus decisiones y a la necesidad de atreverse a hacer cosas diferentes, al cambio.

Logros y alcances del proceso terapéutico

El proceso terapéutico constó de 14 sesiones individuales, aún cuando se trataba de una problemática de pareja, se respetó la petición de la paciente de trabajar de manera individual por motivos de seguridad, ya que existía una violencia psicoemocional y física en la pareja.

Se observaron varios indicadores que hablan de los cambios que logró la paciente en su persona y en su matrimonio, entre ellos se encuentran:

Observados por la Paciente

Al finalizar el proceso terapéutico la paciente se observa a sí misma como una persona con recursos de distintos tipos: económicos, familiares y personales, en los cuales confía para mantenerse sin depender de la manutención que le proporciona su esposo. Identifica como una prioridad su bienestar emocional, de tal forma que plantea planes dirigidos a concluir sus proyectos personales. Cuestiona su posición en su matrimonio e identifica que no puede cambiar a su esposo, por lo que recurre a lo que sí está bajo su control, su propia persona.

Observados por la Terapeuta y el Equipo Terapéutico

- Mayor claridad en sus ideas, identifica sus necesidades y lo que puede hacer para satisfacerlas.
- Firmeza en sus decisiones, primero en no continuar trabajando en el negocio de su esposo y después no mantener actividad sexual con él.

- En una situación específica mantuvo una comunicación clara y directa con su esposo, donde escuchó y aceptó que no habría ningún tipo de cambio en la relación con su esposo, ante lo cual decide separarse.
- Planea y hace uso de los recursos con lo que cuenta para separarse de su esposo.
- Tomó la decisión de separarse de su esposo y radicar solamente con su hija en Tlaxcala al lado de su familia de origen. Planea vivir por algunos meses de sus ahorros y buscar un empleo.

Discusión teórico-metodológica de la intervención clínica

El marco conceptual bajo el cual se intervino en este proceso terapéutico fue a través de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Desde esta orientación, la terapia se centra en el aquí y el ahora, es decir, se interesó por explorar la forma en que la paciente manifiesta la queja o malestar en el presente.

Además de explorar el presente, también se centró la atención en la construcción de un futuro más esperanzador respecto al problema, lo cual significó que en este espacio terapéutico se conversara sobre el cómo se resolvería el problema. A través del diálogo hipotético se favoreció la probabilidad de la apertura de nuevas posibilidades para la resolución de la queja.

Otro aspecto esencial en esta orientación es la consideración del “mapa” en que se desenvuelve el paciente, es decir, conocer cuáles son las creencias, vivencias, experiencias y marco de referencia a través del cual construye su realidad el paciente. En este sentido, se exploró ampliamente la postura de la paciente respecto al problema, así como las creencias y el contexto social y cultural en que se desenvuelve la paciente.

Desde esta postura es imprescindible subrayar los recursos del paciente y mantener una actitud de respeto hacia sus capacidades. De esta manera, fue importante para este proceso terapéutico considerar en todo momento el ritmo de la paciente, pues se observaba que paso a paso iba reflexionando en torno a sus necesidades y comprometiendo con cambios en su persona y en su relación de pareja.

Las intervenciones enfocadas a la búsqueda de alternativas hipotéticas o preguntas orientadas al futuro, fueron de gran utilidad para la paciente, ya que ella solía reflexionar sobre sus recursos y la forma en que podría utilizarlos, de tal forma que en función de las consecuencias, la paciente asumía el riesgo y la responsabilidad de su toma de decisiones.

Un instrumento primordial para este modelo es la utilización del lenguaje como una herramienta para el cambio, pues se parte de la premisa de que a través del lenguaje y la conversación se crean realidades. En este sentido, el terapeuta se da a la tarea de conversar con la

paciente, buscando recursos, lados fuertes y capacidades que ayuden a generar percepciones alternativas del problema y así nuevos contextos que ayuden a construir otras realidades.

Se considera que la construcción de la realidad es un proceso social, que se da mediante la interacción con una o más personas. Siguiendo esta línea, el espacio terapéutico permitió la posibilidad de co-crear realidades, donde la terapeuta, el equipo terapéutico y la paciente jugaron un papel activo en la construcción de alternativas de solución para la problemática de la paciente.

De acuerdo con lo anterior, el contexto social y cultural juega un papel esencial en cómo las personas construyen su realidad. La cultura influye sobre los sentimientos, pensamientos y percepciones de las personas. A menudo las personas se dejan llevar por las demandas del contexto, y en muchas ocasiones puede estar muy relacionado con el mantenimiento del problema, de esta manera el espacio terapéutico buscó generar diferentes alternativas y opciones que evitaran caer en posturas “verdaderas” o “absolutas” que limitaran o encasillaran la problemática de la paciente.

La terapia centrada en las soluciones es congruente con el pensamiento posmoderno, se observa que sus premisas son muy acordes con los fundamentos del construccionismo social. El pensamiento posmoderno en la terapia implica la utilización del lenguaje como un instrumento para el cambio, por lo que considera al “yo” como una entidad narrativa, abordada dentro de un contexto de significado social.

Las premisas que son retomadas del pensamiento posmoderno, implican una pluralidad de ideas sobre el mundo (verdades múltiples, relativas), la formación de los problemas en el lenguaje, por lo que pueden ser mediatizados por él y la responsabilidad compartida “terapeuta-cliente” dentro del proceso terapéutico, el terapeuta se convierte en co-autor de la realidad que construye el paciente.

Otra aproximación que es de utilidad para el análisis de esta problemática es la perspectiva de Género; proporciona importantes elementos en la reflexión del ejercicio del poder y el control dentro de la relación de pareja, así como para analizar el contexto social y cultural en que se desenvuelve la paciente, en lo referente al marco contextual a partir de cual experimenta la paciente las relaciones extramaritales de su pareja.

La práctica terapéutica basada en una orientación de Género, se fundamenta en gran medida en los principios feministas. Para algunos autores como Millar y Wieling¹¹ existen puntos encuentro y desencuentro entre la aproximación posmoderna y el Feminismo pero que a la vez ambas se integran en la práctica psicoterapéutica. Señalan que existen opiniones polarizadas, pero también algunas de sus ideas se integran y complementa. Por ejemplo, ambas posturas favorecen la

¹¹ Miller, M.& Wieling, E. Puntos de Encuentro y Desencuentro: Una Mirada al Feminismo y Postmodernismo en la Terapia Familiar. *Journal of Feminist Family Therapy*, 2002, vol. 14, no. 2.

conversación, cuestionan lo que sociedad considera como “conocido”, “verdadero” y “enfermedad”, y por último, no refuerzan la idea de roles estereotipados, favorecen las relaciones igualitarias en la relación terapéutica cuando se co-construye la realidad.

En conclusión, el análisis de este proceso terapéutico demandó la discusión de la pluralidad de ideas sobre las relaciones de pareja y la infidelidad vista desde diversos contextos sociales y culturales, de manera que se adoptara el marco de creencias de la paciente y proporcionar diversas ideas y alternativas que no fueran demasiado diferentes para la paciente, pero a la vez le proporcionar información nueva sobre su problemática.

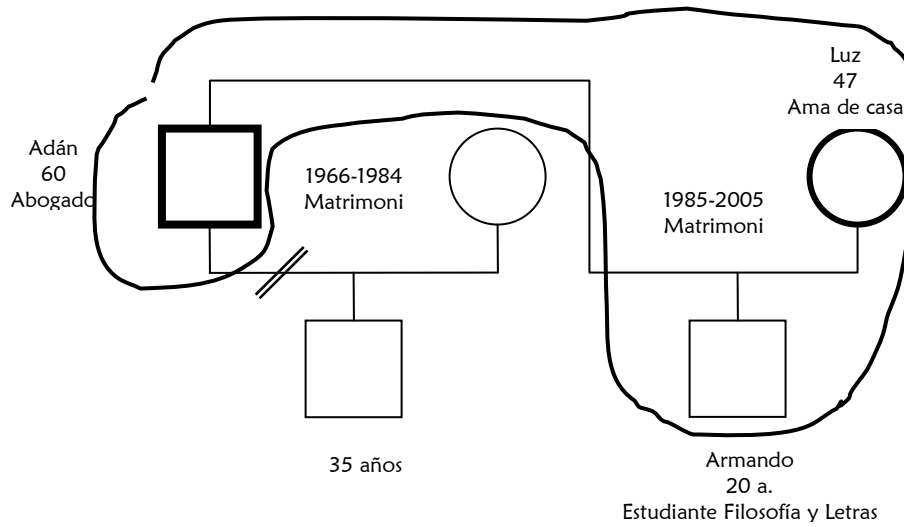
3.1.3 Caso Familia Saldaña

Terapeuta:	Maribel Méndez Llamas
No. de sesiones	5 sesiones de Terapia de Pareja
Supervisor	Raymundo Macías Aviles
Equipo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none">• Elvia Luisa Alfaro Bravo.• Roberto Chávez Nava.• Ana Lilia Escalante zamudio.• Julio Cesar Cortés Ramírez.• Guadalupe García González.• Martha López Zamudio.• Domingo Lorenzo Hernández.• Lourdes Soto Hernández.• Miriam Zavala Díaz.
Modelo	Dinámico-Sistémico-Integrativo

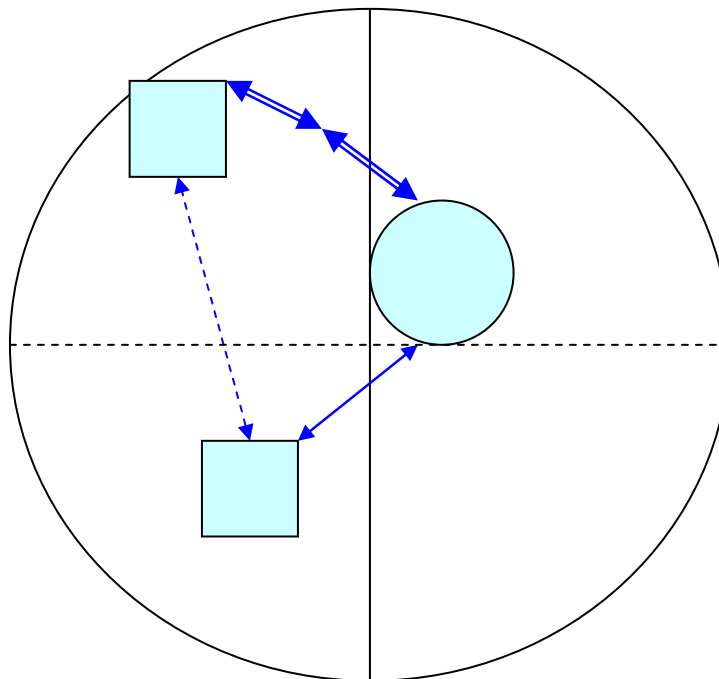
Resumen

El matrimonio Saldaña solicita terapia de pareja en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, debido a problema de celos en su relación. La pareja se ha caracterizado por seguir roles tradicionales complementarios: Adán tiene el rol de proveedor y Luz el rol de ama de casa. La complementariedad también se observa en la jerarquía y el poder, ya que Adán tiene una posición de mayor jerarquía en relación a Luz. Este funcionamiento familiar era aceptado por la pareja y no generaba conflicto, sin embargo, cuando Luz comienza a tener actividades fuera del hogar (curso de computación) y relacionarse con varones, se generan fuertes discusiones en la pareja debido a los celos y desconfianza que siente Adán, y a la sensación de control y presión que experimenta Luz al sentirse celada. Las discusiones generan una crisis en la pareja que pone en riesgo la homeostasis del sistema. El problema se centra en la dificultad de ambos cónyuges para escucharse, pues ambos se esfuerzan por defender su opinión y sus necesidades considerándolas como verdades únicas y absolutas. Las metas terapéuticas se enfocaron en habilitar un espacio donde pudieran escucharse y relativizar su experiencia. La pareja fue dada de alta después de cinco sesiones de terapia de pareja y una sesión de seguimiento. El caso fue supervisado bajo el modelo de Terapia Familiar Dinámico-Sistémico-Integrativo.

Familiograma



Mapa Estructural



Motivo de Consulta

La pareja solicita atención terapéutica debido a que en los últimos meses han presentado problemas de celos en su relación de pareja. Adán señala que la problemática se basa en que Luz siente que él la está celando, sin embargo, él justifica su conducta. Por otra parte, Luz menciona que siempre se ha sentido “atrapada” y “presionada” en su relación de pareja, pero esto se incrementó ante su asistencia a un curso de computación donde convive con personas del sexo contrario. Ambos cónyuges consideran importante la ayuda profesional, ya que no han podido darle solución a esta situación. El principal factor que influyó para que asistieran a terapia fue la amenaza de Adán de separarse ante la ruptura de una relación emocional de pareja.

Esquema de Evaluación Familiar

1. Detección y Definición del Problema

El problema que presenta la pareja, de acuerdo con la tipología que señala el Dr. Macías (2004)¹², se refiere a los **problemas que se pueden detectar más avanzados o tardíamente pero que aún se pueden curar o manejar adecuadamente**. La pareja menciona que el malestar que provoca esta problemática no permite la estabilidad familiar, pero ambos concuerdan en el deseo de recuperar la relación y encontrar una solución, los dos cónyuges están en la disposición de un cambio.

Anteriormente se señaló que la pareja se caracteriza por mantener una relación complementaria, donde cada vez se hacen más presentes las escaladas, es decir, el cónyuge que tiene una posición de menor jerarquía y poder, se esfuerza por una tendencia simétrica en la relación, lo cual pone en riesgo la homeostasis del sistema y el cónyuge que tiene mayor jerarquía se esfuerza por mantener esa posición de superioridad. En este sentido, se observa en el conflicto una lucha o choque entre las ideas, creencias y valores de ambos cónyuges; los dos se esfuerzan por mantener su posición, para cada uno su punto de vista es justificable, veraz y absoluto, lo cual no favorece la escucha mutua y en consecuencia llegar a una negociación.

El choque de ideas entre los cónyuges, genera un clima de malestar y desacuerdo en la pareja e inclusive en la familia; Luz menciona que se siente “atrapada”, “presionada” y “vigilada”, ante lo cual reacciona con sentimientos de enojo y coraje, que expresa a través de hostilidad, rechazo y agresiones verbales hacia su pareja; mientras que Adán tiende a sentirse ignorado y rechazado, por lo cual se aleja y se muestra menos cariñoso.

¹² Macías, A.R. (2004, febrero). Al servicio de la salud y el desarrollo del hombre y de las familias. IX Congreso Mexicano de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, Puebla, México.

Dicha situación llegó a su clímax, donde la amenaza de Adán de separarse generó en los tres miembros de la familia tristeza, desesperación y preocupación; este episodio puso en riesgo la homeostasis y estabilidad del sistema, ante lo cual ahora buscan un cambio; Luz busca un cambio de segundo orden y Adán busca que la situación de pareja continúe igual.

Ambos cónyuges están dispuestos a solucionar esta problemática, se muestran interesados en recibir una terapia de pareja para obtener una buena integración, por lo que se observan recursos en ellos que hacen posible el éxito de su objetivo en común.

2. Evaluación de los Recursos del Sistema

La familia cuenta con diversos recursos afectivos, cognitivos y conductuales. Son una familia afectuosa, sensibles a las emociones y sentimientos de cada integrante del grupo familiar, las situaciones de agrado o malestar que experimentan, de alguna manera repercuten en los demás; existen vínculos afectivos en la pareja y en la relación padre, madre e hijo. En la pareja se observa que uno de sus principales recursos es la capacidad de reflexión, sin embargo, también la utilizan para no afrontar el conflicto abiertamente, ya que en ocasiones se escudan en lo que piensan para no enfrentar lo que sienten; esta capacidad de pensamiento se puede ser de utilidad en el proceso terapéutico. Por otra parte, los recursos conductuales se observan ante la disposición que tienen ambos de buscar un cambio, se entiende que a nivel de familia e individual puede ser complicada la transformación del sistema, llegar a hacer cambios muy diferentes a lo ya conocido por la pareja, sin embargo, ambos integrantes están corriendo el riesgo de la búsqueda de un cambio.

3. Jerarquización de Problemas

a) Se observa una **lucha de poderes en la pareja**, cada cónyuge ejerce de distinta forma el poder que posee. Luz tiene el poder de los afectos, por lo que existe la posibilidad de que se alíe y/o establezca una coalición con su hijo; hace uso de su poder negando una comunicación verbal con su pareja, situación que ella sabe que le genera malestar al sentirse ignorado y rechazado. Por otra parte, Adán descalifica los argumentos con los que Luz defiende su postura, lo que genera en ella dudas acerca de sus propias percepciones.

b) Esta lucha de poderes también se observa en lo que ellos llaman la “verdad”, cada cónyuge tiene una opinión y punto de vista respecto a esta problemática, **cada uno de esfuerzo por que “su verdad” sea mantenida**, no consideran la posibilidad de verdades múltiples, no absolutas y totalitarias. Esta situación dificulta la escucha mutua y la negociación en la pareja.

4. Elaboración de Hipótesis Dinámico-Sistémico-Integrativas

Se observa que ambos cónyuges se encuentran en una relación complementaria, actúan bajo los roles que tradicional y culturalmente son socialmente atribuidos a ambos géneros. Adán tiene un rol en la pareja de mayor autoridad y jerarquía, mientras que Luz tiende a acercarse a un rol más subyugado.

Hasta hace poco, Luz mostraba aceptación a dicha relación complementaria, pero actualmente la pareja se encuentra ante una situación de crisis que pone en riesgo la homeostasis familiar. Dicha crisis se suscita al relacionarse Luz con personas del sexo opuesto (clases de computación, convivencia familiar con un cuñado de ella); en Adán genera celos y desconfianza en su pareja, mientras que en Luz genera malestar emocional al sentirse celada, controlada y presionada.

Los celos y desconfianza que siente Adán generan fuertes discusiones en la pareja, de manera que Luz reacciona con conductas agresivas y hostiles al sentirse presionada y controlada por su pareja. De tal forma, que la relación entre los cónyuges se ha tornado simétrica y con frecuentes escaladas.

La pareja discute el conflicto, sin embargo, no llegan a una negociación debido a que ambos se esfuerzan por obtener una posición de mayor poder y jerarquía en la relación, haciendo lo posible por defender sus necesidades y ubicarlas como “verdades absolutas”. En este sentido no han logrado escucharse mutuamente, parece ser que al comprender y atender la necesidad del otro, estarían alejándose de la propia, así ambos defienden su postura de la “realidad” y no admiten otra.

5. Etapa del Ciclo Vital de la Familia

La familia Saldaña se encuentra concluyendo la etapa III “El Desarrollo” e iniciando la etapa IV “La Declinación”, de acuerdo al esquema que plantea del Dr. Raymundo Macías Aviles¹³. La familia se enfrenta a roles y funciones de una estructura con un hijo adulto joven, así como también se comienzan a enfrentar a los cambios que implica el reencuentro de la pareja ante el Nido Vacío.

Esta crisis en la familia se encuentra relacionada con los cambios y adaptaciones que están haciendo ante una nueva etapa. Luz al ocuparse de cada vez menos de las funciones de maternaje con un hijo adulto, tiene mayor tiempo que utiliza en sí misma y comienza a tener actividades fuera del núcleo familiar. Esto genera reacciones de desconfianza en Adán, pues comienza a notar el tiempo que Luz dedica a sus actividades propias y reacciona con celos y desconfianza. Parece ser que la pareja tiene dificultades para reencontrarse, compartir espacios y actividades no solo como pareja de padres, sino como pareja de esposos.

¹³ Macías, A.R. (2004, febrero). Al servicio de la salud y el desarrollo del hombre y de las familias. IX Congreso Mexicano de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, Puebla, México.

Plan terapéutico

De acuerdo con la jerarquización de los problemas observados en la pareja y familia, fue necesario intervenir desde varios niveles de atención terapéutica. En un inicio se brindó contención emocional a la pareja, ya que hace algunas semanas se había presentado una fuerte discusión que puso en riesgo la estabilidad y unión de la pareja. Se brindó un espacio para favorecer la escucha y comprensión con ambos integrantes de la pareja, así como para establecer la alianza terapéutica.

En sesiones posteriores se focalizó la pauta del conflicto en la pareja con intervenciones sistémicas, las cuales ayudaron a que ambos cónyuges hicieran conciente la pauta del problema e identificaran su participación en la misma.

De esta manera, se favoreció que la pareja expresara sus demandas en primera persona, de tal forma que se evitaran las quejas y reproches relacionados con el hecho de depositar en el otro la culpa, así como la utilización de juicios absolutos o totalizantes. Paralelamente, se favoreció en la pareja la identificación de necesidades insatisfechas, ya sea en el pasado, presente o futuro, e ir las llevando a peticiones concretas y realistas con la posibilidad de ser satisfechas.

Logros y Alcances del Proceso Terapéutico

El matrimonio Saldaña asistió a 5 sesiones de terapia de pareja y 1 sesión de seguimiento bajo la supervisión clínica del modelo Dinámico-Sistémico-Integrativo que plantea el Dr. Raymundo Macías Avilés. Durante las dos primeras sesiones donde se exploró el problema, se planteó trabajar con ambos cónyuges las repercusiones que ha tenido la “desconfianza” en la relación de pareja, principalmente favorecer la expresión de los sentimientos y emociones que genera en la pareja, ya que al centrarse en la racionalización del problema, ambos cónyuges se distanciaban cada vez más uno del otro y de sí mismos. La pareja cuenta con diversos recursos afectivos y cognitivos que ayudaron a que reflexionaran su participación en el problema, es decir, hacer conciente la pauta y salir de ella. También su postura ante el problema, ya que ambos estaban convencidos de recibir ayuda profesional, de escuchar y reflexionar las intervenciones, así como atender a los mensajes del equipo terapéutico.

Entre los cambios más significativos observados en la pareja se encontraron los siguientes:

- Una actitud de apertura para escuchar, aceptar y respetar la opinión del cónyuge, lo cual se observa al evitar criticar y/o juzgar la conducta u opinión del otro.
- Comenzar a relativizar sus puntos de vista, no partir de opiniones o verdades únicas y totalizantes.
- Tener una actividad conjunta, compartir tiempo como pareja, lo cual favoreció la auto-observación y el sentido de responsabilidad hacia su propia conducta.

- Practican una comunicación más clara y directa, evitan expresar sus desacuerdos a través de conductas pasivas-agresivas.

Se observaron en la pareja cambios importantes en su manera de interactuar, principalmente en la forma de escucharse y expresar sus puntos de vista, parece ser que la pareja está puliendo un proceso de aceptación y respeto hacia sí mismos y hacia su pareja, de tal forma que en este momento se observaron algunos cambios importantes, y se espera que continúen reforzando lo que aprendieron a partir de la auto-observación y de asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta.

3.1.4 Caso 4 Familia Corona

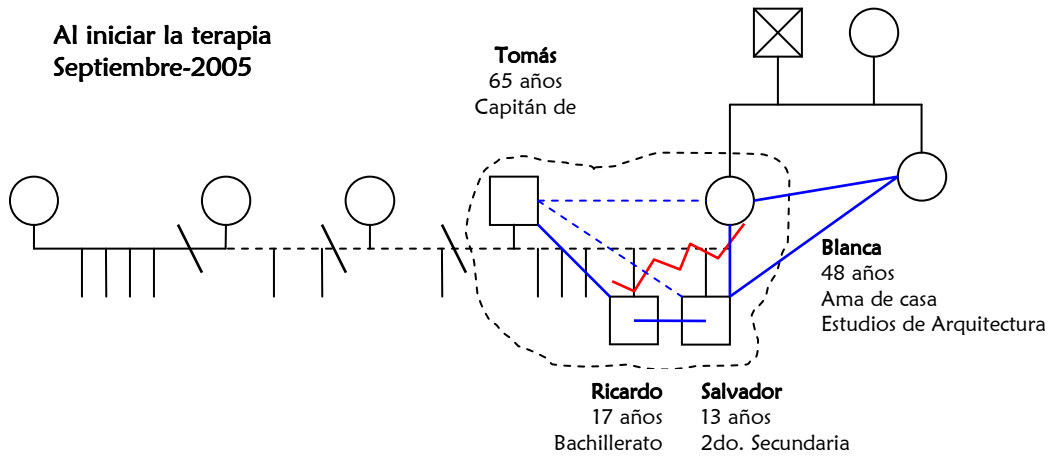
Terapeutas	Maribel Méndez Llamas Roberto Chávez Nava
No. de sesiones	19 Sesiones de Terapia Familiar
Supervisoras	Modelo Estratégico: María Elena Rivera. Modelo de terapia Breve Centrada en las Soluciones: Nora Rentería.
Equipo Terapéutico	Elvia Alfaro Bravo. Julio Cesar Cortes Ramírez. Ana Lilia Escalante Zamudio. Guadalupe García González. Martha López Zamudio. Domingo Lorenzo. Lourdes Soto Hernández. Miriam Zavala Díaz.

Introducción

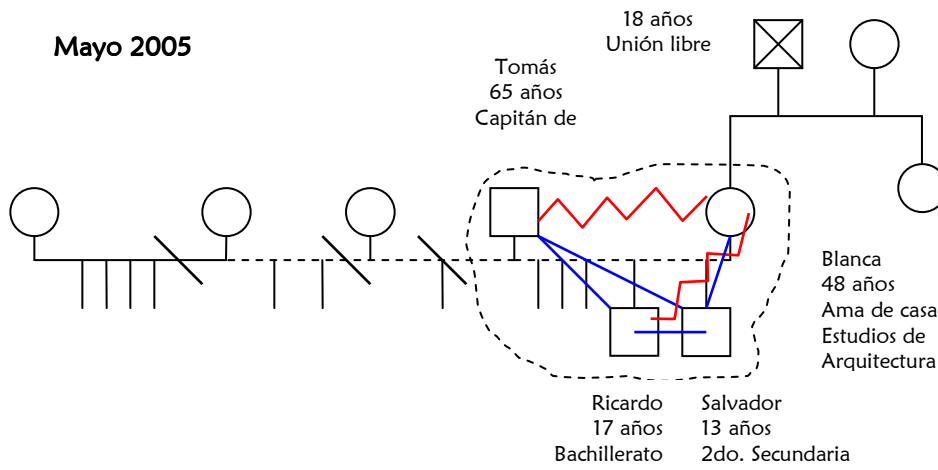
La familia Corona está integrada por Blanca y Tomás, padres de Ricardo y Salvador de 17 y 13 años respectivamente. Esta familia es el segundo matrimonio de Tomás, tiene 4 hijos adultos de su primer matrimonio y otros 4 hijos de dos concubinatos. Blanca solicita atención terapéutica después de un episodio de agresión física entre ella y su hijo Ricardo. Menciona que desde su juventud ha recibido atención interna y externa en diferentes instituciones psiquiátricas y ahora busca atención para toda su familia. En la familia existen múltiples problemáticas: problemas de pareja relacionados con quejas y reproches de las anteriores relaciones de Tomás; problemas de impotencia sexual; problemas de desacuerdo entre los padres respecto a la educación de sus hijos; violencia física y psicológica ejercida por Blanca hacia sus hijos (principalmente hacia Ricardo); abuso en el consumo de alcohol y marihuana en Ricardo; y problemas de conducta y bajo rendimiento académico en Salvador. Durante las tres primeras sesiones se explora el motivo de consulta, las problemáticas familiares y se integran los cuatro miembros de la familia. El proceso terapéutico se divide en dos etapas, durante las primeras 9 sesiones se analiza y formulan intervenciones desde el modelo Estratégico de terapia familiar, y en las sesiones restantes se interviene desde el modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Se concluye el proceso terapéutico después de 19 sesiones, en las que la familia alcanza sus metas terapéuticas y se realiza una sesión de seguimiento con el objetivo de monitorear el mantenimiento de los cambios.

Familiograma

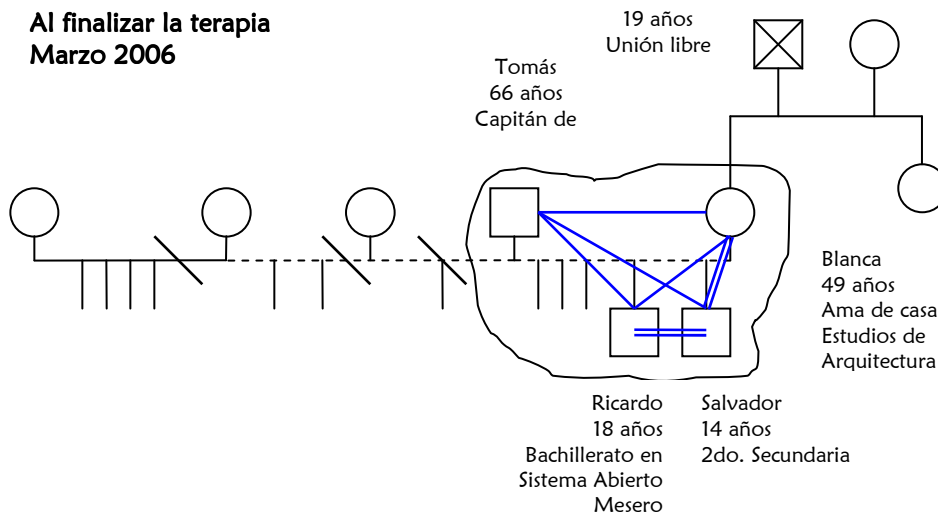
Al iniciar la terapia
Septiembre-2005



Mayo 2005



Al finalizar la terapia
Marzo 2006



Motivo de Consulta

Blanca solicita atención psicoterapéutica debido a un episodio de agresión física hacia su hijo Ricardo de 17 años de edad. Menciona que mientras ocurría este incidente pasaban por su mente ideas de matarlo, situación que la motiva a buscar ayuda terapéutica. También experimenta sentimientos de coraje, angustia y desamor.

Antecedentes del Problema

A la edad de 20 años Blanca inició un tratamiento psiquiátrico en el Depto. Salud Mental de la Fac. Medicina, UNAM, fue canalizada a esta instancia durante una sesión de orientación vocacional, tratamiento que mantuvo durante aprox. 5 años. Posteriormente asistió a tratamiento psiquiátrico y terapia de grupo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual concluyó después de 20 sesiones grupales. En el 2002 tuvo un problema de adicción a medicamentos antidepresivos y ansiolíticos, al tener reacciones de intoxicación a los fármacos asistió al Hospital Psiquiátrico San Rafael y posteriormente al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino.

Diagnóstico Familiar

La primer parte del proceso terapéutico se analizó e intervino desde el Modelo de Terapia Familiar Estratégico y en algunas ocasiones se utilizaron intervenciones propias del marco Estructural, por lo que a continuación se presenta el esquema de evaluación familiar y del problema desde este marco conceptual.

a) Análisis de las Interacciones

Subsistema Parental. Se observan diferentes estilos de educar entre los padres. Blanca se muestra poco tolerante, tanto con su esposo como con sus dos hijos, con Ricardo especialmente se muestra agresiva y descalificante, por lo que la relación Blanca-Ricardo se caracteriza por ser simétrica y con frecuentes escaladas, la relación entre Blanca y Salvador comienza a ser simétrica, mantienen una relación con pocas escaladas, pues Salvador a cambio de obsequios trata de estar de acuerdo con su madre. Por otra parte, Tomás mantiene una relación más complementaria con sus hijos, reacciona con más firmeza y constancia ante la determinación de reglas y límites. Sin embargo, la autoridad de ambos padres se ha visto afectada ante las críticas y descalificaciones de uno hacia otro, Blanca descalifica el estilo de disciplinar de Tomás como “poco firme y pasivo” y Tomás se queja del estilo poco tolerante y agresivo de Blanca. Se observa un conflicto de jerarquías

entre las dos generaciones, existe una triangulación entre padres e hijos, lo cual habla de un conflicto no enfrentado en la pareja.

Subsistema Conyugal. La interacción de la pareja se caracteriza por quejas y reproches relacionadas con situaciones del pasado, Blanca se queja de las anteriores parejas de Tomás, aún cuando no mantiene contacto con ninguna de sus anteriores familias. Ambos cónyuges refieren situaciones de insatisfacción marital en las áreas: sexual y afectiva. Existen problemas de impotencia sexual.

Subsistema Fraterno. Ricardo busca coludirse con Salvador para descalificar a la mamá o para que lo encubra. Se observa una relación cercana entre ambos los hermanos, se comunican verbal y no verbalmente, sin embargo, existen peleas constantes donde el hermano mayor ejerce su poder y autoridad sobre el menor.

b) **Límites.** Se observan límites difusos al interior del sistema familiar, la interacción entre los subsistemas es poco clara, existen conflictos de autoridad y jerarquía entre padres e hijos, de tal forma que las funciones de los subsistemas son ambiguas y dan lugar a relaciones simétricas entre la madre y ambos hijos. Esta situación genera un gran descontrol en la familia, lo cual es considerado por Blanca y Ricardo como el principal problema en la familia. Existen límites rígidos en cuanto al género de los integrantes de la familia, se propone una metáfora que explique la comunicación al interior de la familia “el equipo masculino y femenino en la familia”, parece ser que se comunican de una mejor manera los hombres entre sí, dejando fuera a Blanca en esa comunicación. Los límites al exterior de la familia también son rígidos pues los padres critican y descalifican a las amistades de Ricardo, y él a su vez descalifica a las amistades de los padres. Respecto a la familia extensa mantienen una buena relación con la familia de Blanca, a su hermana la consideran como una figura de apoyo e influencia positiva en la familia.

c) **Jerarquía.** Anteriormente se mencionó el problema de autoridad y jerarquía que existe entre padres e hijos. La organización familiar es caótica, existe un gran descontrol en las funciones de los subsistemas, los padres uno a otro se perciben como incompetentes, los hijos reaccionan ante este descontrol y muestran una conducta sintomática, como la rebeldía y el consumo de drogas en Ricardo, y los problemas de conducta y “flojera” de Salvador. Respecto a los niveles

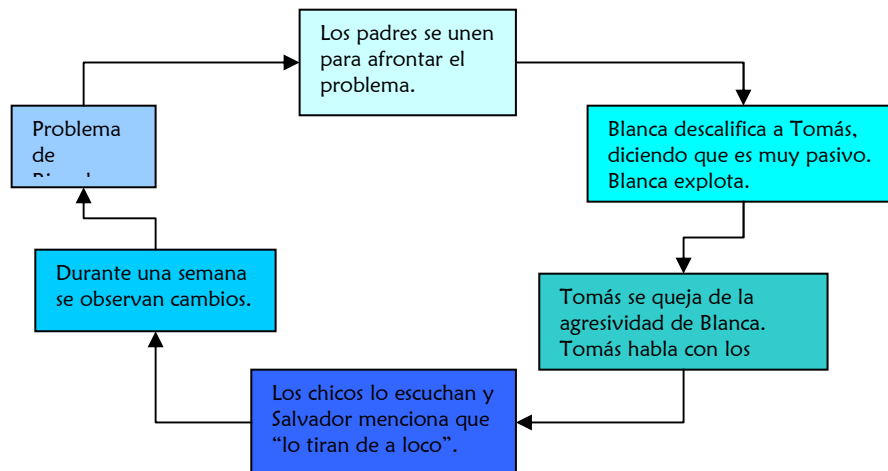
generacionales, el subsistema parental no representa una figura de autoridad, se les descalifica o se les “da el avión”, frase que es aceptada y reconocida por padres e hijos.

- d) **Flexibilidad del Sistema.** Retomando los problemas de autoridad y jerarquía, se observa que la familia se encuentra dentro de un ciclo rígido, a través de la conducta sintomática se mantiene el equilibrio del sistema y no permite integrar nueva información que lleve a modificar el funcionamiento del sistema. Aún cuando permiten la influencia de un familiar fuera del sistema (tía materna), o bien, han buscado apoyo psicoterapéutico, les es difícil salir de esta pauta de comportamiento.
- e) **Resonancia del Sistema.** Pareciera que este sistema está totalmente acostumbrado a las manifestaciones de impotencia, frustración y enojo de la madre y se mantiene, por lo tanto en un cierto equilibrio. No obstante, la asistencia a la segunda sesión del padre y del hijo menor y que en la tercera sesión se integre Ricardo a la terapia, puede hablar de que hay una cierta resonancia de los intentos de la madre por buscar soluciones y de permitir una cierta cantidad de retroalimentación positiva. De acuerdo con el discurso observado durante las sesiones muestran una noción de identidad familiar, con frecuencia hablan de sí mismos como un grupo “somos una familia con problemas...”, “soy el problema de la familia...”, “... en la familia pasa...”, lo cual habla de cierta cohesión y de que hay un conocimiento de lo que sucede dentro del grupo familiar. Por todo lo anterior, se concluye que el nivel de resonancia de esta familia es bajo.
- f) **Etapas del Ciclo Vital.** Esta familia se encuentra en la adolescencia de los hijos, con Salvador es un momento de crisis, pues comienza a mostrarse rebelde, oponiéndose a cualquier instrucción de los padres y con Ricardo es posible que se prolongue la adolescencia. La rebeldía de los hijos genera conflictos con Blanca, y Tomás no reacciona con la firmeza y “mano dura” que ella desearía, lo cual exacerba los conflictos de pareja. Ambos hijos presentan conductas sintomáticas, Ricardo consume drogas, y reprueba materias, mientras que Salvador tiene bajo rendimiento académico y muestra rebeldía.
- g) **Contexto Social.** La madre está desempleada desde hace 2 años. Existen diferencias en el nivel sociocultural, ella tiene nivel universitario y él cursó hasta 5º año de primaria, hay diferencia en la edad. Los padres buscan un ambiente más sano para sus hijos, es decir, donde tengan una actividad deportiva y utilicen productivamente su tiempo libre, sin embargo, los chicos

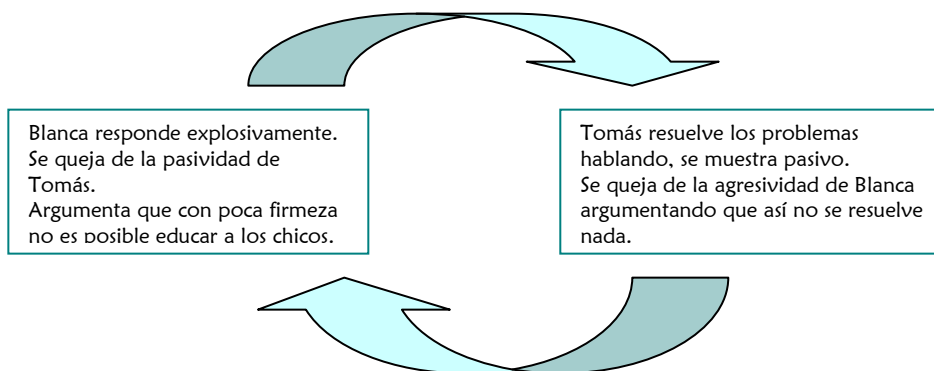
prefieren estar frente al TV, los videojuegos y los amigos, a quienes no aceptan sus padres. En general se observa un nivel socioeconómico medio de esta familia.

- h) **Redes de Apoyo.** Hablan de la influencia que tiene la hermana de Blanca, mencionan que ante las problemáticas de la familia ella los escucha y apoya.
- i) **Sistema de Creencias.** La madre utiliza la descalificación como método para educar a sus hijos, menciona que recibió una educación autoritaria por parte de su padre “la letra con sangre entra”, por lo que considera que durante la infancia de Ricardo lo maltrataba emocionalmente. El padre con frecuencia enfatiza su propia historia de superación como un medio para educar a sus hijos. Sin embargo, frente a los hijos, los padres descalifican uno al otro la forma de educar, lo cual favorece la falta de control en la familia.
- j) **Síntoma.** Se observa una triangulación entre el sistema conyugal y principalmente con Ricardo el hijo mayor. Un ejemplo de la pauta es el siguiente: Ricardo presenta alguna problemática en la escuela (bajo aprovechamiento escolar), o bien, relacionado con el consumo de drogas (marihuana), los padres se unen para afrontar el problema, sin embargo, tienen estilos de educación y resolución de conflictos de manera diferente, ambos se quejan (uno del otro) y descalifican los valores de su pareja.

Pauta de comportamiento de la familia



Pauta recomportamiento de la pareja



k) Hipótesis Sistémicas

- Ricardo funciona como el chivo expiatorio en la familia. Existe una triangulación entre el subsistema conyugal y el hijo mayor. Esta situación lo coloca en una posición de mayor poder en el sistema.
- El padre se encuentra en la periferia del sistema, esto favorece la relación que tiene con sus hijos, ya que los ve poco y esto hace que se generen menos conflictos (a diferencia de la relación que tienen con la madre, quien se encuentra muy involucrada en el subsistema filial).
- El padre tiene mayor poder que la madre, sin embargo, parecería que la madre tiene mayor poder debido a que ella se esfuerza por ser escuchada, cada vez utiliza medios más explosivos para llamar la atención de su esposo e hijos.

Plan de Tratamiento

Lista de los problemas encontrados en la familia

- Agresiones verbales y físicas de Blanca contra Ricardo y Salvador. La madre ha referido conductas impulsivas en donde avienta cosas que tiene a la mano. En algún momento Salvador ha utilizado un cuchillo para amenazar a Ricardo o agrede físicamente a su madre. Blanca utiliza palabras que descalifican y cuestionan la inteligencia de sus hijos.
- Los miembros del subsistema parental no están de acuerdo entre sí en la manera de educar a los hijos adolescentes, cada uno crítica y descalifica el estilo del otro. Blanca considera que Tomás es muy poco efectivo al llamarles la atención a los hijos debido a que únicamente los sermonea y hace monólogos, por su parte Tomás, reprueba la manera agresiva de Blanca de conducirse con sus hijos.

- Disputas respecto a las reglas de organización familiar, se aprecia cierta rigidez en el subsistema parental al no reconocer en los hechos que los jóvenes ya son adolescentes; existe también una crítica constante a los amigos y a la forma de hablarse entre sí por parte de Blanca.
- Ricardo tiene problemas de abuso de alcohol y en ocasiones ha consumido marihuana.
- Salvador presenta bajo rendimiento académico y un comportamiento rebelde y opositorista.

Jerarquización de los Objetivos de Trabajo

Objetivo general del tratamiento:

- Disminución de la violencia física y emocional entre los miembros de la familia, principalmente la que se ejerce en la relación madre-hijos.

Objetivos específicos:

1. Búsqueda por parte de la familia de alternativas para el manejo de los conflictos sin utilizar agresiones físicas y/o verbales.
2. Identificación por parte de la familia de las funciones de cada subsistema, las cuales les permitan una interacción de acuerdo a sus necesidades como familia.
3. Que la familia sea capaz de identificar las reglas de organización familiar y las ventajas de llevarlas acabo.

Principales intervenciones Terapéuticas

Como anteriormente se mencionó, el proceso terapéutico de la familia Corona se llevo acabo en dos etapas; en la primera se analizó e intervino desde un marco teórico y conceptual basado en el modelo de terapia estratégica¹⁴. Este modelo se centra principalmente en la estructura, se concibe a la familia en función de una organización, regida por reglas y jerarquías, de tal manera que la conducta sintomática está relacionada con una incongruencia en la jerarquía, manifestada por alianzas y coaliciones transgeneracionales. Siguiendo este modelo, las intervenciones están en función de hipótesis estructurales.

¹⁴ Haley, J. (1993). *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

En la segunda etapa del proceso terapéutico se intervino desde el modelo de terapia centrada en las soluciones¹⁵. Este marco es no normativo, se interesa principalmente por la búsqueda de recursos y posibilidades de la persona, más que en hacer hincapié en las dificultades y en el déficit que se presente.

A continuación se explican brevemente las principales intervenciones del proceso terapéutico de la familia Corona, desde los diferentes marcos teóricos y conceptuales.

A) Modelo Estratégico

La terapia de la familia Corona inició desde este modelo terapéutico, de tal forma que la entrevista inicial se desarrollo de acuerdo a los parámetros que propone Jay Haley¹⁶ para la *primera entrevista* con la familia. Ésta inicia con el acto de examinar el problema e identificar las pautas de relación posibles de modificar, lo cual implica que el problema se traduzca en términos solucionables y tendientes a un cambio.

La terapia estratégica le da especial importancia a la forma de comunicarse entre el terapeuta y la familia, es frecuente que se utilicen *analogías o metáforas* para distintos objetivos terapéuticos, por ejemplo: para definir el problema, para hacer uso de alguna anécdota o historia, o bien, para referirse a un tipo de interacción específica entre dos o más miembros de la familia. En este sentido, fue de utilidad para este proceso terapéutico el uso de analogías, pues desde las primeras sesiones se utilizaron para señalar a la familia, las interacciones que caracterizan la pauta del problema. La finalidad de estos señalamientos eran facilitar la metacomunicación entre los integrantes y favorecer modificaciones en su organización.

Un ejemplo del uso de las analogías ocurrió en la segunda sesión cuando Salvador perdió una apuesta y algunos amigos le raparon la cabeza con la leyenda: “amor y paz”, esto se relacionó con el rol de “vocero” que juega él en la familia. De esta manera se metacomunicó con la familia el comportamiento de sus hijos, cuestionando ¿lo qué querrán expresar con sus conductas?

Otro ejemplo fue la analogía a la que se refería Blanca para explicar lo importante que eran para ella los problemas del pasado (los anteriores matrimonios de Tomás), ella lo explicaba mediante la idea de “un muro de cristal” que siempre evocaba los recuerdos del pasado. La intervención fue utilizar su propia metáfora para confrontar la utilidad de constantemente llevar el pasado al presente, así como la existencia de “un muro de cristal” que no permite a la pareja que se encuentre para abordar sus propios problemas y se haga a través de los hijos.

¹⁵ Cade, B.; O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1993.

¹⁶ Haley, J. (1993). Cómo conducir la primera entrevista. En: *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. (pp. 13-47).

También en la formulación de tareas se utilizaron analogías, por ejemplo en la sexta sesión (etapa donde se trabajó solamente con la pareja), se les pidió que hablaran de la percepción que tienen de su familia ayudándose de la analogía familia-casa, donde se les pidió que hablaran de sus ideas, sentimientos y necesidades basándose en cómo describirían su familia comparándola con una casa (grande, cálida, acogedora, etc.).

Se observó en la pareja que tareas (como la anterior) basadas en *directivas*, no provocaban los cambios deseados, es decir, la pareja no colaboraba con actividades que ayudarían a romper la pauta del problema. De tal forma que se intervino con un *enfoque indirecto*¹⁷, el cual se basó en enfatizar el tiempo que han dedicado infructuosamente para resolver el problema, así como el sufrimiento y malestar que genera en ambos cónyuges las dificultades con sus hijos. Lo anterior ayudó a que cada quién se responsabilizara de su conducta y asumieran una actitud más colaborativa dirigida al cambio.

Blanca comienza a cuestionarse la forma en que indirectamente se comunica con Tomás es a través de sus hijos, les dice a ellos lo que le gustaría decirle a Tomás, al ser conciente de la pauta, enfatiza la necesidad de responsabilizarse de los propios actos, para dar el primer paso, es decir, para romper la pauta del problema.

A Tomás se le cuestiona sobre la posibilidad de querer cambiar al otro, sin embargo, se observa a Tomás más convencido de su postura ante la educación de sus hijos, por lo que difícilmente cuestiona sus opiniones.

B) Modelo Estructural

Una de las principales hipótesis al iniciar el proceso terapéutico de esta familia, fue la suposición de la existencia de un conflicto conyugal no enfrentado directamente por la pareja, sino triangulado a través del comportamiento sintomático de uno de los hijos. De acuerdo con esta hipótesis estructural, se tuvo el objetivo de separar los subsistemas conyugal del parental, de tal forma que ambos cónyuges pudieran hablar directamente la problemática de pareja. Se utilizó la técnica de *Escenificación*¹⁸, la cual tiene como objetivo que los miembros de la familia actúen o discutan en presencia del terapeuta, con el propósito de vivenciar la realidad familiar y explorar cómo la definen. Posteriormente, el terapeuta reorganiza los datos, enfatizando algunos aspectos, cambiándolos de sentido e introduciendo nuevos elementos que favorezcan una nueva forma de interactuar.

¹⁷ Haley, J. (1993). Cómo impartir directivas. En: *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. (pp. 48-76).

¹⁸ Minuchin, S. y Fishman, H. (1996). *Técnicas de Terapia familiar*. México: Paidós.

A través de esta intervención se ayudó a separar los subsistemas, fue un primer paso para que Blanca asumiera una actitud de responsabilidad, pues comienza a ser conciente de la forma disfuncional en que interactúa con su hijo mayor para agredir indirectamente a Tomás. A partir de este momento, se comenzó a trabajar por algunas sesiones solamente con la pareja, posteriormente se retomó el trabajo con toda la familia.

C) Modelo de Terapia Centrada en las Soluciones

La última parte del proceso terapéutico se llevo a cabo desde un marco epistemológico diferente a las terapias estratégica y estructural, se intervino desde una postura más constructivista y socioconstruccionista. Las intervenciones se basaron en las premisas que propone O'Hanlon (1990)¹⁹ para el marco filosófico del modelo de terapia centrada en las soluciones.

En esta etapa de la terapia (10^a – 14^a) solamente asistieron Blanca y sus dos hijos, ya que Tomás después de algunas sesiones de terapia de pareja prefirió no continuar debido a motivos de salud física, sin embargo, a partir de la sesión 15^a hasta el cierre se reincorporo a la terapia.

Esta nueva etapa se inició con el resumen y evaluación del curso de la terapia, señalando los cambios observados por los terapeutas y por la propia familia, éstos se relacionaron con la responsabilidad que Blanca y sus hijos asumían respecto a su participación en la pauta del problema.

Relacionado con este resumen, los miembros del equipo terapéutico participaron en esta sesión (10^a) con la realización de un *Equipo Reflexivo*²⁰. El contenido del equipo reflexivo se caracterizo por el énfasis en los recursos de la familia y por comentarios desde la cibernética de segundo orden. El contenido de lo que escucharon a través del Equipo Reflexivo fue muy productivo para la familia, pues se centraron en reconocer las necesidades que tienen como familia, más que enfocarse en el problema. De esta forma el proceso terapéutico se enfocó en las excepciones del problema y en los momentos que han tenido una mejor relación madre-hijos. Durante el Equipo Reflexivo se permitió ver otras miradas acerca de su problema, las cuáles generaban alternativas de solución; durante esta actividad los miembros de la familia se sintieron comprendidos, lo cual amplió el clima de confianza, seguridad y colaboración dentro de la terapia.

¹⁹ O'Hanlon, W.; Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989.

²⁰ Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa, 1991.

De esta manera, el proceso terapéutico de la familia Corona dio un giro significativo al no continuar centrándose en los problemas y en esfuerzos infructuosos por solucionar la situación familiar y de pareja, por lo que se adoptó una posición diferente al centrarse en las excepciones al problema, así como también al reconocer los recursos y aspectos positivos de cada uno de los integrantes de la familia.

Esta postura enfatiza las excepciones, los recursos y el constante cambio, se formulan intervenciones propias del modelo de terapia centrada en las soluciones. A continuación se describen brevemente las principales intervenciones utilizadas.

- **Formular Explicaciones.** Consiste en evitar explicaciones acusadoras respecto a quienes participan en la interacción con el problema. Ayuda a buscar otras soluciones. Genera una actitud de co-responsabilidad en la resolución del problema²¹. Se observó con frecuencia la tendencia de los miembros de la familia de culpar a Blanca o a Ricardo de los problemas, se intervino con cuestionamientos que favorecieron el reconocimiento de la participación de todos en la pauta del problema. También se utilizaron preguntas de este tipo para dar crédito a todos en los cambios que mostraban cada uno de los integrantes de la familia *¿A qué creen que se deba que Ricardo esté motivado en su nuevo trabajo?*
- **Rever el Pasado.** Tiene el objetivo de concebir las experiencias negativas como malos momentos que tienen la posibilidad de generar efectos positivos; de tal forma que ayuda a resignificar las experiencias del pasado y descubrir los propios recursos. En distintos momentos Tomás reprochó a Blanca su experiencia con el alcohol y otras drogas durante su juventud, situación que se resignificó resaltando los aspectos positivos que ayudaron a Blanca a salir de los problemas de su juventud (escuchar los comentarios de su psiquiatra y habilidades de autocuidado), de tal forma que los aspectos negativos de esta experiencia del pasado se resignificaron de tal forma que enfatizaron los recursos de Blanca para comprender y ayudar a Ricardo en el consumo de alcohol y marihuana.
- **Deshacer las Conexiones con otros Problemas.** Estas intervenciones se basan en evitar las conexiones lineales entre los problemas co-existentes. Ayuda a priorizar los problemas, cuáles son las quejas que en este momento es más importante atender²². Fue importante mantener la atención en el problema que tienen en común ambos padres “las dificultades con sus hijos” y “el riesgo en que se encuentra Ricardo”, de tal forma que fue necesario en

²¹ Furman, B. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. En: Michael F. Hoyt (ed.) *Constructive Therapies*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 41-65.

²² Furman, B. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. En: Michael F. Hoyt (ed.) *Constructive Therapies*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 41-65.

varias ocasiones llamar la atención hacia ese punto y evitar caer en la misma pauta disfuncional: las constantes quejas de un progenitor a otro y viceversa.

- ***Sacar a Relucir los Recursos de los Consultantes***²³. Se observaba en la familia un clima de constantes descalificaciones entre todos los integrantes de la familia, de tal forma que fue necesaria enfatizar frecuentemente el reconocimiento de las capacidades, habilidades, talentos, intereses, etc. de cada uno de los miembros de la familia. Esto ayudó a ampliar los cambios todos los integrantes de la familia, especialmente la percepción que tenían de Ricardo, de tal forma que comenzaron a utilizar otras palabras para referirse y tratar a sus hijos.
- ***Crear una visión Positiva del Futuro***²⁴. El hecho de fomentar una visión en el futuro de cómo serían las cosas si el problema ya no existiese, ayuda a generar fantasías positivas sobre el futuro, incluso el simple hecho de charlar sobre cómo serían las cosas. Lo anterior ayudó a la familia a fortalecer las capacidades para lograr sus propios objetivos. Por ejemplo se comenzó a hablar de la posibilidad de un trabajo mientras reingresaba Ricardo a la escuela. Posteriormente se habló de objetivos y metas a corto y mediano plazo, con la finalidad de afianzar los cambios.
- ***Centrarse en las Excepciones y Progresos***²⁵. En esta etapa de la terapia se fomentó un clima de confianza y colaboración hacia el cambio. Esto se logró a través del reconocimiento de los logros que iban alcanzando los consultantes. Se reconoció la participación de todas las personas que ayudaron a conseguir los logros. Lo anterior ayudó a la familia a descentrarse de las pautas disfuncionales, de las discusiones sin salida, se hablaba de situaciones positivas donde eran capaces de solucionar los problemas, de situaciones que les han sido más útiles, de manera que se generaba un clima de mayor colaboración.
- ***Preguntas Presuposicionales***²⁶. Este tipo de cuestionamientos tuvieron el objetivo de influir sobre la percepción de los asistentes, dirigiéndola hacia las soluciones, también ayudó a considerar las excepciones y ver su situación desde nuevas perspectivas. En varias ocasiones se formularon cuestionamientos que favorecieran la identificación de las conductas que realizaban cada uno de los miembros de la familia para que se diera un

²³ *Ibidem*.

²⁴ Cade, B.; O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1993.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ O'Hanlon, W.; Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989.

cambio, así como quienes han sido los que se han dado cuenta de éste y cómo es que lo lograron.

Logros y Alcances del Proceso terapéutico

El proceso terapéutico de la familia Corona fue dado de alta después de diecinueve sesiones, algunas sesiones se trabajaron de manera individual con Blanca, en otros momentos se trabajó con la pareja y con la familia; después de 3 meses se llevó acabo una sesión de seguimiento.

La terapia constó de dos etapas, en la primera se trabajó bajo una orientación estratégica y estructural, posteriormente se intervino desde una posición epistemología más constructivista y socioconstruccionista, donde se formularon intervenciones pensando en las premisas de la terapia centrada en las soluciones y la metodología de los Equipos Reflexivos.

Cambios observados por la familia

- Blanca se percibe a sí misma como una persona más tolerante con lo que no está de acuerdo, con mayor capacidad de reflexión, lo cual disminuye los episodios de impulsividad, agresiones físicas y verbales. También el resto de la familia tiene esa percepción de ella.
- La familia reconoce la participación de cada quien en la pauta de los problemas, por lo que evitan culpar a un solo integrante de la familia, generalmente culpaban a Blanca o a Ricardo como generadores de conflicto. Buscan explicaciones alternas y evitan utilizar explicaciones lineales de los problemas.
- La familia se comunica de una manera más clara y directa, tratan de evitar comentarios donde resaltan lo negativo y tratan de resaltar los aspectos positivos de cada integrante.
- Tienen actividades donde participan todos los miembros de la familia, como salir de vacaciones y asistir a los partidos de fútbol de Ricardo.
- Ayudarse y aconsejarse ante una situación difícil, por ejemplo: en el primer día de trabajo de Ricardo, ambos padres lo alentaron y dieron sugerencias; ante reportes de la escuela de Salvador, Blanca lo escucho antes de culparlo y posteriormente lo apoyo en responsabilizarse de sus faltas.
- La relación entre los hermanos se reforzó, pues ante los momentos difíciles de Ricardo y/o Salvador daban muestras de apoyo y solidaridad. Por ejemplo: Salvador tenía paciencia ante el mal humor de Ricardo por un día difícil en el trabajo; Ricardo se mostraba solidario y comprensivo ante las situaciones ocasionales de enuresis de Salvador.

Cambios observados por los terapeutas y el equipo terapéutico

- No se presentó ningún episodio de violencia física entre Blanca y alguno de sus hijos.
- Disminuyó la violencia psico-emocional, la cual se caracterizaba por comentarios donde se descalificaban unos a otros.
- Mayor disposición en los cuatro integrantes de la familia hacia el cambio.
- Mayor reconocimiento y una actitud de reparación su participación en la pauta del problema, evitan las explicaciones lineales.
- Dan mayor atención a las posibilidades de solución y evitan centrarse en la queja y los reproches por los problemas del pasado.
- Mayor aceptación hacía los aspectos de la interacción que tienen posibilidad de cambio y aquellos que salen directamente de su control. Por ejemplo: Blanca acepta los anteriores matrimonios de Tomás, principalmente se responsabiliza de la decisión que tomó en el pasado.

Sugerencias de Tratamiento

Ambos padres dejaron de enfrentar los problemas de pareja a través de los hijos, sin embargo, los problemas en el área sexual (por ejemplo, la disfunción eréctil) no fueron abordados en el espacio de esta terapia que fue destinado a la pareja. De acuerdo con lo observado, parece ser que en este momento la atención de la pareja se encuentra dirigida solamente al bienestar de sus hijos. Al finalizar la terapia se les propone a la pareja que cuando ellos lo consideren necesario sería importante trabajar los aspectos sexuales de la pareja.

Por otra parte, ambos padres consideraron necesario que Ricardo asistiera a terapia individual, debido a las dificultades que hace algunos presentaba en su desempeño académico, así como también por la percepción emocional que tienen de él (inseguro y desmotivado), sin embargo, el chico prefirió esperar unos meses para considerar la necesidad de un espacio terapéutico individual.

Discusión Teórico – Metodológica del Caso

La terapia estratégica considera a la familia como una organización determinada por funciones y jerarquías, así como caracterizada por las secuencias de interacción entre sus integrantes. De esta manera, el problema o síntoma es definido en función de una incongruencia de funciones y/o jerarquías dentro de esta organización; y el terapeuta, considerado como un estratega, se da a la tarea de interrumpir o modificar las secuencias interaccionales que caracterizan al problema.

La primera etapa de la terapia de la familia Corona al ser abordada desde un marco estratégico y en ocasiones estructural, tuvo como principal objetivo, intervenir en función de hipótesis estructurales, que enfatizaban la triangulación en los subsistemas conyugal y parental, así como las situaciones de descontrol e incongruencia en las funciones y jerarquías.

En este sentido, las metas terapéuticas en la primera etapa de la terapia se enfocaron en separar los subsistemas y modificar las secuencias de interacción, de tal forma que cada uno de los subsistemas e integrantes de la familia asumieran reglas y funciones dentro de la organización.

En las terapias estratégicas el terapeuta tiene un papel activo dentro de la organización. Esto da lugar a una actitud de influencia del terapeuta en la familia que consulta. El terapeuta propone modificaciones en la pauta o en la secuencia de conductas considerando parámetros normativos de cómo se espera que debería funcionar la familia. Por tal motivo, es importante que el terapeuta en todo momento considere la influencia de sus prescripciones y muestre una actitud ética hacia la terapia de la familia.

En la segunda etapa de la terapia, los terapeutas intervinieron desde el modelo de terapia centrada en las soluciones, el cual se caracteriza por asumir una actitud no normativa dentro de la terapia y la búsqueda de los recursos de la familia, así como las excepciones al problema.

El modelo de terapia centrado en las soluciones, ayudó a adoptar una actitud diferente de los terapeutas hacia la familia, pues se dejó de insistir en cambios y/o modificaciones de acuerdo al “mapa del mundo” de los terapeutas, es decir, de cómo se espera que actúe o no la familia. Al abandonar esta difícil “misión” y tratar de entender el propio “mapa de la familia”, y considerar las diferentes visiones y opiniones de cada uno de los integrantes, ayudó a relativizar las verdades que anteriormente eran consideradas como únicas e inapelables.

Considerar las diferentes historias de los integrantes, entenderlas y asumir una actitud de escucha previa a la intervención, permitió que los cuatro integrantes de la familia escucharan los encuadres que formulaban los co-terapeutas y el equipo terapéutico, resaltando los recursos y habilidades que les permitía afrontar de manera diferente sus problemas.

El proceso terapéutico de la familia Corona, en lo personal, fue vivido como una experiencia que ejemplificó los diferentes momentos en la historia de la terapia familiar; en la primera etapa se asumió desde un marco conceptual más normativo, estructural y estratégico, donde el terapeuta asume la función de estratega. En la segunda etapa, se comenzó a intervenir desde un marco más constructivista e incluso construccionista social, donde se partía de las diferentes historias y relatos de cada uno de los integrantes, y dentro de la sesión de manera conjunta con los terapeutas y el equipo terapéutico se iban construyendo historias que replanteaban de una forma más resoluble las vicisitudes de la familia.

De esta forma, en retrospectiva se observa la forma en que se iba analizando este caso desde una cibernética de primer orden, donde en la primera y segunda cibernética se iban formulando cuestionamientos relacionados con la teoría del doble vínculo y la teoría de los tipos lógicos, al describir la pauta de los problemas en la familia, por ejemplo en lo que mantenía las discusiones en la pareja de padres y las peticiones paradójicas que hacía la madre a sus hijos. Y por otra parte, la forma en que al revisar otros marcos conceptuales, como: la cibernética de segundo orden, el concepto de neutralidad y su extensión a las ideas que proponen las terapias constructivistas y socio-construccionistas, llevó a analizar el caso desde distintos marcos epistemológicos²⁷.

Lo anterior, fue un proceso que se fue presentando de forma paralela entre la terapia de la familia Corona (cambios, ajustes, reflexiones y transformaciones en los cuatro miembros de la familia), y el propio proceso formativo de los co-terapeutas y del equipo terapéutico.

Habilidades de Investigación

En este capítulo se presentan los resultados de dos investigaciones, la primera se realizó bajo los lineamientos de la metodología cuantitativa, donde se exploró la estructura familiar de mujeres adolescentes; en la segunda, se exploró la perspectiva de Género en la Terapia Familiar, es decir, cómo es la actividad clínica de los que trabajan los terapeutas familiares que tienen una orientación en Género, para este fin se siguieron los parámetros de la metodología cuantitativa.

²⁷ Cecchin, G. (2002). Construccionismo social e irreverencia terapéutica. En: D. F. Schnitman (comp.) *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1994. pp. 333-345.

EXPLORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES

Elvia Luisa Alfaro Bravo; Ana Lilia Escalante Zamudio;
Maribel Méndez Llamas y María de Lourdes Soto Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen: *El objetivo de este proyecto de investigación fue elaborar un instrumento que permitiera explorar la estructura familiar en adolescentes, de tal forma que fuera posible identificar el funcionamiento del sistema familiar. Dicho instrumento se basa en la Teoría de Sistemas y particularmente, en el modelo Estructural creado por Salvador Minuchin (1986). Se obtuvieron dos tipos de validez. La validez Teórica del instrumento se logró a través del acuerdo entre jueces y la validez de constructo, mediante el análisis factorial que arrojó cinco factores. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la consistencia interna del instrumento, con un coeficiente de Cronbach superior a .80 lo cual es indicador de una consistencia interna muy aceptable.*

Introducción

Desde el punto de vista de la psicología, el término adolescencia es definido como: “Una etapa del desarrollo, en la que se realizan nuevas adaptaciones e incluye una serie de cambios biológicos, psicológicos y búsqueda de identidad personal” (Muuss, 1999 y Vázquez, 1983, en Ávila y Martínez, 2002, p. 6). “Cronológicamente, es el lapso que comprende entre los 12 o 13 años de edad hasta los 20 años aproximadamente, con grandes variaciones culturales e individuales” (Lucio y Durán, 2001, p. 6).

Otras características en la adolescencia que se destacan desde una perspectiva social, son: la creciente necesidad de independencia respecto a las figuras de autoridad, la afiliación con grupos de amigos y una gran sensibilidad a la crítica, estos cambios obligan a transiciones y discontinuidades de los roles que genera un estado interno de cambio o incertidumbre y que al mismo tiempo intensifica la dependencia del individuo con respecto a los demás (Ávila y Martínez, 2002).

Desde el enfoque sistémico, el adolescente es un subsistema que forma parte de otro sistema mayor, es decir, la familia y sólo puede ser entendido en su interacción con los otros miembros de la misma. Así mismo, la etapa de la adolescencia se entiende como un periodo donde convergen factores bio-psico-sociales (Estrada y Salinas, 1990), integrados en un todo o una entidad, con niveles propios de organización consigo misma y con el mundo que la rodea a través de estímulos reales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por otro lado, los conceptos de la Teoría General de los Sistemas, describen la relación e interacción *adolescente-familia*, como un sistema abierto, cuyos elementos o miembros se mantienen en

constante interacción, afectándose unos a otros, es decir, que la conducta de un individuo estará determinada por la de las personas que lo rodean y a su vez, la forma de comportamiento de una persona, determinará la conducta de los demás en relación a él.

Una de las posibles transformaciones que ocurren como resultado del ciclo vital de la familia es el periodo de la adolescencia debido a que los cambios experimentados por el adolescente, impactan la dinámica familiar alterando su estructura y su organización.

El modelo estructural de Minuchin (1986), es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo. De los factores que Minuchin considera importantes para analizar la estructura familiar, se retomaron en esta investigación: las jerarquías, los roles, los límites, la centralidad y los vínculos.

Método

Elaboración de la prueba

1. Procedimiento

Se identificaron cinco constructos que definieran la estructura y el funcionamiento familiar, fueran excluyentes entre sí, y explicaran ciertas características de la dinámica familiar de acuerdo al Modelo Estructural de la Terapia Familiar Sistémica.

Los constructos fueron: Límites, Jerarquías, Centralidad, Roles y Vínculos. Se elaboraron 21 reactivos tipo likert para cada uno de los constructos, resultando un total de 105 reactivos.

Se sometió a prueba piloto el instrumento en dos etapas para conocer la claridad de los reactivos. En la primera, se aplicó la versión original del instrumento a cinco adolescentes que cursaban el tercer año de secundaria. Se les leyeron las instrucciones y los reactivos del instrumento. A partir de las observaciones se hicieron modificaciones a la redacción de algunos reactivos, y se agregaron otros que se consideraron necesarios. Se eliminó la respuesta “*algunas veces*” debido a que se observó la tendencia a responder en esta categoría.

El instrumento corregido (segunda versión) fue aplicado a otro grupo de cinco adolescentes, sólo que en esta ocasión ellas mismas leyeron y contestaron los reactivos.

Participantes

Adolescentes, de sexo femenino, con un rango de edad de 12 a 15 años y estudiantes de secundaria.

Material

Los formatos del instrumento en su versión original y corregida “*Exploración de la Estructura Familiar en mujeres adolescentes*”.

A partir del piloteo se corrigió el instrumento que quedó constituido por 107 reactivos y una hoja de datos generales.

2. Resultados

Validez Teórica

Para obtener la validez teórica del instrumento se utilizó la técnica de jueces. Se solicitó la colaboración de expertos en el área de la terapia familiar para que evaluaran el valor teórico de los reactivos y su congruencia e interacción con los constructos propuestos (Límites, Jerarquías, Roles, Centralidad y Vínculos).

Participantes

12 profesionales del área clínica que contaran con grado mínimo de licenciatura.

Materiales

107 tarjetas que correspondían a cada uno de los reactivos y 5 tarjetas con la definición de cada constructo.

Procedimiento

Se aplicó la técnica Q Sort, que consistió en solicitar a cada juez que clasificara las 107 tarjetas donde aparecían descritos los reactivos del instrumento: “*Exploración de la Estructura Familiar en mujeres adolescentes*”, en una de las cinco categorías o constructos propuestos.

Posteriormente, se obtuvo la media de frecuencias para determinar cuántos y cuáles fueron los reactivos con el mayor número de acuerdo de jueces, obteniendo un porcentaje de 55% a 61% de acuerdo entre jueces; lo anterior significa que en más de la mitad de los reactivos los jueces estuvieron de acuerdo.

Discriminabilidad

El objetivo de esta fase fue determinar el poder discriminativo de los reactivos del instrumento. Para lo cual, se aplicó a una muestra de mujeres adolescentes.

Participantes

200 adolescentes del sexo femenino. 148 estaban cursando el nivel medio y 52 el bachillerato. El rango de edad fue de 12 a 16 años para las estudiantes de secundaria, y de 15 a 20 para las alumnas del nivel medio superior, en escuelas públicas del D.F. y zonas aledañas.

Materiales

- 200 formatos del instrumento “*Exploración de la Estructura Familiar en mujeres adolescentes*”.
- 200 lápices
- Plantillas de calificación.

Procedimiento

Se solicitaron los permisos correspondientes para trabajar con las alumnas de dos escuelas secundarias (74%) y un colegio de bachilleres (26%). Se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada.

Se elaboró una base de datos con las respuestas de las 200 participantes de cada uno de los reactivos y de las variables sociodemográficas.

Se determinó la normalidad de la distribución de respuestas mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo una calificación $Z = .959$ permite concluir que la distribución es normal.

Se sometió a prueba la capacidad de discriminar de los reactivos mediante la comparación de las respuestas de las participantes en el primer cuartil contra de las de los del último cuartil, con la prueba t de student.

De los 107 reactivos que constituían el instrumento, 22 de ellos no produjeron diferencia entre el grupo alto y el bajo, por lo que se eliminaron de los análisis posteriores.

Validez Factorial

Para observar la estructura factorial de la prueba se realizó un Análisis Factorial sobre 85 reactivos que mostraron capacidad discriminativa.

Los resultados arrojaron una estructura factorial compuesta por 5 factores que explican el 37% de la varianza. Los tres primeros factores explican cada uno, una varianza del 8%; el cuarto y quinto factor del 7 y 5% respectivamente, resultando así una varianza acumulada de 37%. En la tabla 1 se presentan el valor Eigenvalues y el porcentaje de la varianza explicada. Se aceptaron cargas iguales o mayores que 0.3.

Tabla 1. Porcentaje de varianza explicada por el análisis factorial y Alfa de Cronbach.

Factores	% de varianza explicada	% de varianza acumulada	No de reactivos	Alfa Cronbach
1 Estructura familiar	8.322	8.322	21	.86
2 Jerarquía y autoridad	8.146	16.468	17	.90
3 Interacciones entre los subsistemas parental y fraterno	8.028	24.495	18	.88
4 Alianzas y coaliciones transgeneracionales	7.099	31.594	15	.82
5 Centralidad y vínculos	5.017	36.611	8	.76
TOTAL			85	.86

A través de la prueba *KMO* se pudo obtener un coeficiente de comunalidad igual a .76, el cual indica una alta correlación entre los reactivos.

De acuerdo con la forma en que se agruparon los reactivos la prueba quedó constituida por 79 reactivos agrupados en 5 factores.

- **Factor 1. Estructura familiar en etapa adolescente.** Constituido por 21 reactivos, que se caracterizan por las pautas de interacción propios de la etapa del ciclo vital de las familias con hijos adolescentes.
- **Factor 2. Subsistema parental, centrado en el rol paterno con las funciones de jerarquía y autoridad.** Constituido por 17 reactivos. Que dan pauta a establecer los límites y reglas familiares.
- **Factor 3. Pautas interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno.** Constituido por 18 reactivos, que marcan la interacción entre padres e hijos y entre hermanos.
- **Factor 4. Alianzas y coaliciones transgeneracionales.** Constituido por 15 reactivos, que proporcionan información sobre la formación del tipo de vínculos en las relaciones transgeneracionales.

- **Factor 5. Subsistema parental, centrado en el rol materno, donde se enfatiza la centralidad** (afectos). Constituido por 8 reactivos, que representan los lazos afectivos de la madre hacia los hijos.

Consistencia interna

Procedimiento

Se determinó la consistencia interna de la prueba mediante el *Alfa de Cronbach*. Los resultados de cada uno de los factores y la sumatoria total se presentan en la tabla 1.

El valor de las *Alfas de Cronbach*, superiores a .80 indica una consistencia interna, con excepción del factor 5 que fue de .76. El último factor sólo contiene 8 reactivos debido a que éste es un estudio inicial.

Discusión

El instrumento “*Exploración de la estructura familiar en mujeres adolescentes*”, motivo de este estudio, mostró estar conformado por reactivos capaces de discriminar entre los sujetos de una muestra, tener validez de constructo, así como poseer confiabilidad.

El análisis factorial reagrupó los constructos de: Límites, Centralidad, Vínculos, Jerarquías y Roles, de acuerdo con las funciones características de los subsistemas Parental y Fraternal, que son señalados dentro del marco teórico estructural en el cual se basó la construcción de este instrumento (Minuchin, 1986). Esto permitió observar la interrelación entre la teoría y la percepción que las adolescentes tienen de su dinámica y funcionamiento familiar.

Los resultados del análisis factorial mostraron la forma en que los diferentes constructos se relacionaron entre sí y se reagruparon de tal manera que reflejaron el funcionamiento de cada uno de los subsistemas que conforman el sistema familiar, excepto el subsistema conyugal, ya que el instrumento se enfocó específicamente en la percepción que las adolescentes tienen desde su propia experiencia, siendo estos el subsistema parental (relaciones padre-hija; madre-hija) y subsistema fraternal (relaciones hermana-hermano; hermana-hermana).

A partir de esta reagrupación se mostró importante información sobre el funcionamiento familiar, pues notablemente se concentraron los reactivos del instrumento de acuerdo con los roles socialmente y culturalmente atribuidos a cada uno de los géneros, es decir, se distribuyeron de tal forma que es posible distinguir entre las funciones de maternaje y paternaje, así como las relaciones y vínculos culturalmente relacionados ya sea con la madre (área de los afectos) o con el padre (área de las reglas, los límites y la jerarquía).

Es notable que la reagrupación de funciones, roles y relaciones que surgen a partir del análisis estadístico del instrumento, además de su estrecha relación con las características socialmente atribuidas al género, al diferenciar entre las áreas de maternaje y paternaje.

Al respecto, es importante señalar que las adolescentes mostraron en sus respuestas esta diferenciación por género, lo que también permitió observar los cambios que caracterizan a la sociedad actual, donde las familias se enfrentan a una adaptación, transición y/o modificación de los roles tradicionales. En la actualidad es frecuente observar en las familias que ambos padres comparten: el rol de proveedor, las tareas domésticas, las actividades de cuidado y crianza, así como los afectos; o bien, familias con un solo progenitor que se encarga de ambas funciones

El factor 1 relacionado con la dinámica familiar, mostró un aspecto propio de esta etapa del ciclo vital para las familias con hijos adolescentes: la rebeldía, y la trasgresión de normas y límites familiares. Los constructos que se concentran en este factor son los Roles y los Límites, los cuales señalan tareas de tipo operativo que definen el papel que cada miembro juega dentro del sistema. Los adolescentes se caracterizan por probar e incluso retar los límites, lo cual ayuda a que la familia experimente un cambio en las pautas de interacción en esta nueva etapa.

Un tema de reflexión que surgió de este análisis fue la experiencia de las adolescentes al desarrollarse dentro de una dinámica familiar donde los límites y las jerarquías son rígidos, flexibles, o bien, con o sin un factor emocional. Lo anterior, da lugar a estructuras familiares amalgamadas o desligadas; relaciones con posibilidad de alianzas funcionales entre sus miembros; desarrollo de triadas y coaliciones disfuncionales; la ausencia de jerarquías, lo que compromete la definición clara del rol o función que cada miembro tiene dentro de la estructura.

El factor 2 relacionado con las funciones tradicionales del rol paterno, se concentró principalmente en el constructo de Jerarquía y específicamente los reactivos que hablan de las relaciones y vínculos con el padre. Tradicionalmente se relaciona la figura paterna con la autoridad y jerarquía en la familia, en el instrumento se observa que las adolescentes identifican este rol en el padre, sin embargo, también se observa que la madre tiene una participación en este punto, lo cual habla de una jerarquía compartida entre los padres.

El instrumento distinguió esta función en la familia, concentró los reactivos que tienen que ver con la autoridad y con el rol de proveedor, y en las respuestas de las adolescentes se observa la tendencia a que ambas funciones son compartidas por el padre y la madre, nuevamente se hace presente la transición y/o modificación de los roles tradicionales; sin embargo, en las labores domésticas aún hay mayor tendencia hacia los roles tradicionales.

En lo relacionado con el factor 3, se reagruparon los reactivos que hablan de las *relaciones en el subsistema fraterno y en el subsistema parental*. Principalmente se concentró el constructo de

Jerarquía, y en menor medida se reagruparon los constructos de Centralidad, Roles y Vínculos. Por la forma en que se concentraron los reactivos se reflejó el tema de la distribución del poder en la interacción padre-hija; madre-hija y entre los hermanos.

Nuevamente, surgió el tema del manejo de límites y normas en la etapa adolescente, ahora relacionado con el manejo del poder que perciben las adolescentes, ya sea en relación a sus padres o el que pueden manejar en las relaciones fraternas.

En el *factor 4* concentró el tema de las alianzas y coaliciones transgeneracionales. Se integraron los constructos de Vínculos y Límites, específicamente los reactivos que hablan de las interacciones agresivas en la familia. De acuerdo con la teoría de los modelos Estructural y Estratégico, es frecuente que los conflictos y problemas familiares se relacionen con coaliciones entre miembros de diferentes subsistemas, por ejemplo en las coaliciones entre algún progenitor y un hijo contra otro progenitor. De acuerdo con lo observado en esta muestra de adolescentes, es frecuente que identifiquen conflictos relacionados con coaliciones en sus familias, principalmente las que se forman entre sus padres, con lo cual evidencia la presencia de triangulaciones.

Por último, el *factor 5* hace referencia a las funciones parentales centradas tradicionalmente en el rol materno, en este factor se reunieron notablemente los reactivos que hablan de la participación de la madre en la dinámica familia, exclusivamente aquellos que se refieren a las situaciones de apoyo, afectos y centralidad. Los constructos que se agruparon fueron los de Vínculos y Centralidad, de tal forma que el instrumento hace referencia a las funciones que culturalmente se atribuyen al maternaje. Se observa en las respuestas de las adolescentes que generalmente asignan a la madre las funciones afectivas, de cuidado y atención en la familia.

En conclusión, el instrumento de “Exploración de la estructura familiar en adolescentes” es una herramienta que proporciona importantes elementos cuantitativos y cualitativos del funcionamiento de la dinámica familiar, de acuerdo a los parámetros de evaluación que propone el modelo Estructural que propone Minuchin (1986).

En cuanto a las sugerencias para futuras investigaciones se considera la necesidad de aplicar este instrumento a una muestra de adolescentes varones para comparar la percepción que éstos tienen de la estructura de su familia, en relación con la muestra de mujeres.

Otro aspecto de importancia clínica es la posibilidad de aplicar este instrumento en un grupo de adolescentes con características similares a la muestra con la que se trabajó y que padezcan trastornos como la anorexia o bulimia, enfermedades que son más proclives de presentarse en mujeres que en hombres y cuyos rasgos tienden a manifestarse en esta etapa. Se esperaría que la percepción que las adolescentes anoréxicas tuvieran de la estructura de su familia fuera diferente a

la de las adolescentes consideradas en este estudio, de acuerdo con la teoría desarrollada por Minuchin (1986).

Referencias Bibliográficas

Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona, España: Masson.

Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa.

Selvini, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: terapia familiar*. México: Paidós.

Unikel, S. C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis para obtener doctorado en Psicología de la salud. No publicada. Facultad de psicología: UNAM.

EL GÉNERO EN LA TERAPIA FAMILIAR: UNA VISIÓN POSMODERNA

Méndez Llamas Maribel
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La presente investigación trata de dar un panorama sobre la inclusión de la perspectiva de género en la terapia familiar, y cómo esta orientación se ha nutrido epistemológicamente en el feminismo, los estudios de género y el posmodernismo. El objetivo se centró en explorar los desafíos que implica integrar los preceptos feministas y los enfoques posmodernos en la psicoterapia familiar. Se sustentó metodológicamente en la fenomenología, a través de entrevistas a seis psicoterapeutas con orientación en género y desde distintos enfoques teóricos. Los resultados hablan de la importancia de no ignorar los aspectos vinculados al género en la formulación de hipótesis e intervenciones, así como la revisión del propio sistema de valores del terapeuta.

MARCO TEÓRICO

En las últimas décadas el campo de la psicoterapia ha tenido importantes transformaciones, los preceptos basados en concepciones teóricas tradicionales han sido fuertemente cuestionados desde diversos paradigmas, entre ellos se encuentran: el feminismo, la antipsiquiatría, la fenomenología, la hermenéutica, el constructivismo y el socio-construccionismo. Cada uno de éstos ha favorecido el desarrollo de innovadoras alternativas en los enfoques psicoterapéuticos tradicionales (McNamee y Gergen, 1996).

Estos paradigmas están fundamentados epistemológicamente en el posmodernismo, cuyas ideas favorecen la reflexión crítica y abren nuevas posibilidades a la forma de hacer terapia. Los teóricos y terapeutas que asumen una posición posmoderna, se enfrentan al reto de ocuparse más de los significados que se construyen en las relaciones y de cuestionarse su posición de experto en la relación terapéutica.

La terapia familiar ha recibido importantes aportaciones, diversos enfoques se han interesado en adoptar e integrar las ideas provenientes del pensamiento posmoderno y aplicarlas a la práctica clínica. Estas aportaciones se ha visto reflejadas en la orientación feminista (Walters y col., 1991; Goodrich y col., 1989), en el grupo de Milán (Cecchin, 1987), en la terapia de soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), en los equipos de reflexión (Andersen, 1991), en la terapia colaborativa (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1992), y en la terapia narrativa (White, 1994; White y Epston, 1993).

La terapia familiar con orientación en género, se ha sustentado epistemológicamente en la teoría feminista, en los estudios de género y en el pensamiento posmoderno. Desde sus inicios en los años setentas y ochentas, las terapeutas se interesaron por cuestionar los sesgos ideológicos en la

psicoterapia y se encargaron de desarrollar una serie de planteamientos conceptuales y metodológicos dirigidos a: eliminar las prácticas sexistas en la psicoterapia (Sáez, 1988); modificar y reconstruir los roles de género que favorecen atributos estereotipados y excluyentes para cada uno de los géneros (Hare-Mustin, 1978; Remer y Worell, 1992); considerar el contexto socio-cultural en las teorías psicológicas, en el uso de categorías diagnósticas y los sesgos en los tratamientos terapéuticos (Bleichmar, 1985; Burín, 1987; Burín y Velásquez, 1990; Burín y Meler, 1999); y por último, favorecer la equidad en la relación terapéutica (Walters y col., 1991; Goodrich y col., 1989).

El feminismo en la terapia familiar

El feminismo esencialmente se basa en una oposición a las prácticas patriarcales, por lo que en la psicoterapia se centra en hacer evidente las prácticas sexistas en el tratamiento, favorecer las relaciones de equidad dentro y fuera del espacio terapéutico, y promover el cambio social.

Las críticas y modificaciones a los enfoques psicoterapéuticos tradicionales, han surgido desde diferentes corrientes feministas: liberal, radical y socialista. El feminismo del que se hablará en esta investigación hace alusión a ésta última, y además se fundamenta en una posición posmoderna, socio-construccionista y post-estructural. También enfatiza el significado que tiene para las personas hablar de sus experiencias y de su realidad, utiliza la analogía del texto como una herramienta para acercarse a las realidades particulares y para hacer visible lo invisible. En este sentido, pone especial atención a las múltiples realidades, es decir, a la vivencia no de la mujer, sino de las mujeres que viven en distintas condiciones y contextos (Miller & Wieling, 2002).

Hay diversas terapeutas familiares (Hare-Mustin, 1978, 1979; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989), que se han dado a la tarea de hacer importantes aportaciones a la terapia familiar desde el feminismo y el género, han realizado críticas a los conceptos teóricos que favorecen el mantenimiento del sexismo en la psicoterapia y han desarrollado una metodología congruente con los principios feministas en la terapia familiar.

La ideología feminista en la terapia familiar asume que el género funciona como un principio organizador de la sociedad, y que las diferencias de poder surgen como estructuras de género que legitiman las desigualdades entre mujeres y hombres.

En conclusión, el feminismo en la terapia familiar enfatiza la intersubjetividad de los significados que las personas dan a su experiencia y realidad; considera el discurso, el lenguaje y los textos como poderosas herramientas en la construcción de realidades particulares; y otorga especial atención a las realidades múltiples (Miller & Wieling, 2002).

El pensamiento posmoderno en la terapia familiar

Al hablar de la construcción de género dentro de un proceso de socialización, se hace alusión a que éste se construye dentro de las relaciones interpersonales en una sociedad y cultura determinada, el cual es producido y reproducido a través de la actividad humana (Biever, De las Fuentes, Cashion y Franlin, 1998).

El pensamiento posmoderno y las terapias fundamentadas en este paradigma, mantienen la idea de que las personas crean y construyen su significado del mundo y de su realidad, siendo resultado de la interacción social. A partir de la interacción con otras personas dentro de un contexto cultural se construyen significados y se consideran múltiples visiones del mundo, más que verdades “únicas”. Desde esta perspectiva, el conocimiento es concebido como múltiple, fragmentado y dependiente de un contexto social y personal (Biever, De las Fuentes, Cashion y Franlin, 1998).

En psicoterapia, el pensamiento posmoderno no concibe al “yo” como una entidad cosificada sino como una entidad narrativa, y el individuo es abordado dentro de un contexto de significado social y no como una entidad intrapsíquica (Lax, 1992).

Puntos de encuentro y desencuentro, feminismo y posmodernismo

Existen diferencias y similitudes filosóficas entre el punto de vista de la aproximación feminista y la posmoderna en la práctica psicoterapéutica (Miller y Wieling, 2002). Existen opiniones polarizadas, pues hay quienes afirman que el contenido de la teoría y la práctica clínica de la terapia familiar feminista se ajusta al marco posmoderno; pero también hay autores que afirman que los ideales feministas son contradictorios con los principios posmodernos.

Similitudes

Ambos paradigmas favorecen el cuestionamiento de las verdades absolutas y universales, como los conceptos de salud-enfermedad y el uso de estereotipos que encasillan a las personas en polos opuestos.

La terapia feminista aboga por integrar e incluso modelar las relaciones igualitarias en un espacio como la terapia, se esfuerza por hacer conciente la necesidad de que el terapeuta mantenga una relación terapeuta-paciente más equitativa; desde las terapias que incluyen la visión posmoderna, también se habla de una relación más igualitaria, pero en términos de una co-responsabilidad en el proceso, de que ambas partes participan en la co-creación de una nueva realidad para el paciente y cada quien tiene un área de expertez, el paciente en su problema y el terapeuta en los métodos para llevar una conversación colaborativa.

Diferencias

La concepción que se tiene de la realidad, pues desde un pensamiento posmoderno se tiene claro que no es posible acceder a la realidad, ésta se construye a través del discurso y éste es diferente en cada persona, cada quien construye su realidad y por lo tanto hay una multiplicidad; en este sentido, el poder en una relación se construye y se de-construye. Sin embargo, para las feministas el poder es un constructo social que ya está ahí, no se cuestiona su presencia, se da por hecho que las relaciones entre hombres y mujeres están caracterizadas por la inequidad y la subordinación, esta concepción se toma como una verdad absoluta.

El pensamiento posmoderno y el feminismo son dos paradigmas que se complementan en la práctica terapéutica; un terapeuta puede ser sensible al contexto social en que se desenvuelve la familia, a las creencias y mitos culturales que ayudan a mantener su problemática, los cuales hablan de una vivencia y exigencias sociales diferentes para hombres y mujeres. Paralelamente, una visión posmoderna genera una postura que ayuda a abrir múltiples posibilidades, permite un espacio terapéutico desde una postura más neutral y de curiosidad que permite observar nuevas alternativas para la familia.

Desafíos para el terapeuta familiar

El conocimiento proveniente del feminismo, de los estudios de género y del posmodernismo, se ha convertido en una importante influencia para la evolución de la terapia familiar, éstos han proporcionado las bases epistemológicas para el desarrollo de nuevas alternativas de intervención y han transformado la relación terapéutica. En este sentido, el terapeuta familiar desde una orientación en género y/o posmoderna se enfrenta a nuevos retos en la forma de hacer terapia.

Uno de los retos que implica la terapia familiar feminista es que el terapeuta sea sensible al género y a la repercusión diferencial de todas las intervenciones. Esto implica que el terapeuta no ignore en sus formulaciones ciertos modelos sociales que favorecen los roles de género estereotipados y ayudan a mantener actitudes sexistas. Un ejemplo de esto es el análisis del poder en la relaciones de pareja, donde la distribución desigual del poder y la responsabilidad está basado en los roles de género tradicionales, una alternativa diferente es de-construir los presupuestos y conductas culturales (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Es esencial para el enfoque feminista que el terapeuta no solo reconozca los preceptos teóricos y técnicos congruentes con éste, sino que también haga una revisión personal de sus actitudes hacia el género dentro y fuera del consultorio (Sánchez, 2000). Esto significa que el terapeuta sea conciente de sus propios prejuicios, creencias, valores y actitudes, ya que éstos afectan todo lo que observa y transmite durante la sesión, lo que se refleja en el tipo de preguntas, hipótesis

e intervenciones, por lo que es necesario someterse a un “examen de nuestros propios valores” (Papp, 1991).

No solo existen retos en el ejercicio profesional de la terapia, sino también en la formación de los terapeutas familiares. Hay terapeutas que sugieren modificaciones en el contexto, contenido y proceso de los programas de capacitación. Las terapeutas sugieren el análisis de casos considerando de manera explícita y formal el sistema patriarcal en el que vivimos y los roles de género socialmente atribuidos. En la supervisión proponen examinar la relación entre el terapeuta y la familia, con el fin de observar cómo está constituida por las expectativas relativas a los roles de género, tanto el terapeuta como la familia (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Un reto para la terapia familiar basada en el posmodernismo, se refiere a la postura reflexiva del terapeuta, es decir, al encuentro entre el terapeuta y el cliente a través de la interpretación del diálogo y la conversación; esta interpretación se construye conjuntamente en la conversación, y no es el resultado de narraciones teóricas predeterminadas y fundamentadas solo en el mundo de significado del terapeuta (Hoffman, 1996).

Otro aspecto fundamental para los enfoques conversacionales es la relación terapéutica, en la cual el clínico asume una posición de ignorancia, que favorece la creación conjunta de un nuevo significado, en la medida que el cliente o familia vuelven a contar y elaborar su historia a través del diálogo terapéutico (Anderson y Goolishian, 1996). En este sentido, el desafío para los terapeutas es favorecer la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones alternativas que ayuden a la di-solución de los problemas.

Existen terapeutas que integran en la práctica clínica los conocimientos provenientes del feminismo y del posmodernismo. Los enfoques posmodernos permiten construir y de-construir la narrativa terapéutica que surge durante la interacción cliente-terapeuta, y la orientación feminista funciona como una lente que ayuda a ver las diferencias de poder, la inequidad de género y la opresión de los grupos minoritarios (Miller y Wieling, 2002).

El terapeuta familiar tiene un rol crucial dentro de la terapia, el lugar o posición desde el cual observa e interviene es determinante para la terapia, esto incluye su visión personal, es decir, sus valores, creencias, actitudes y costumbres; esta visión se convierten en su propio marco de referencia, desde el cual es observado y escuchado por la familia.

De acuerdo con lo anterior, la persona del terapeuta se convierte en su principal instrumento de trabajo terapéutico. En este sentido, me cuestiono ¿qué es lo que transmite el terapeuta a través de su persona y de su género?, ¿qué expectativas tiene la familia, basadas en el rol de género del terapeuta?, ¿cuál es la influencia que inherentemente tiene el terapeuta sobre la familia, desde el rol de género que representa?

De estos cuestionamientos, surge mi interés por explorar cómo se incluye la visión de género en la terapia familiar, es decir, las formas en que los terapeutas familiares consideran la perspectiva de género para analizar y formular sus intervenciones dentro de la terapia.

ABORDAJE METODOLÓGICO

La base epistemológica que sustentó esta investigación es la Fenomenología, hice una interpretación basada en las narraciones de las experiencias de los terapeutas, y a partir de éstas busqué construir un significado acerca de la inclusión de los estudios de género en la terapia familiar.

Dentro de los representantes de la hermenéutica se encuentran nombres como Dilthey, Heidegger, Wittgenstein, Gadamer, Habermas, Ricoeur y Taylor; cuya orientación destaca que el saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las preinterpretaciones inherentes al lenguaje. Se trata esta última, de una orientación que considera que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio-históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que articulan, pero condicionada por una tradición histórica y cultural (Limón, 2005).

Como anteriormente mencioné, un aspecto central para el desarrollo de esta investigación fue el análisis del discurso de los/las terapeutas entrevistados. Al transcribir detalladamente sus experiencias, analicé el contenido de su discurso y las palabras que utilizaron para transmitir el reflejo de su realidad, bajo los principios de una interpretación hermenéutica de su significado.

Utilicé como principal técnica la entrevista, donde fomenté que fuera una situación de confianza, que me permitiera explorar información sobre la experiencia profesional y personal de los terapeutas, principalmente aspectos donde se cruzaran lo personal con lo profesional y viceversa. Para la realización de las entrevistas utilicé como recurso electrónico una grabadora, con la que posteriormente realicé la transcripción de las entrevistas, para una revisión y análisis más detallada de las mismas.

Las entrevistas fueron abiertas y no estructuradas, es decir, aún cuando conté con preguntas y áreas posibles de explorar, fue necesario que siguiera el propio ritmo y temas que el terapeuta estuviera dispuesto a compartir para los fines de esta investigación.

Participantes - *los psicoterapeutas entrevistados(as)*

Participaron siete terapeutas, quienes se han caracterizado por incluir la perspectiva de género, el feminismo, o bien, las terapias posmodernas en su práctica clínica. Los terapeutas que participaron ubicaron su práctica clínica desde los siguientes enfoques de psicoterapia: tres terapeutas con

formación sistémica y posmoderna, dos terapeutas con orientación psicodinámica y psicoanalítica; y por último, dos terapeutas con formación humanista y gestalt.

Categorías

Las entrevistas se centraron en preguntar sobre la utilidad que ha tenido para los terapeutas incluir la perspectiva de género en su práctica clínica, es decir, las experiencias que los han llevado a considerar los estudios de género dentro de su formación terapéutica, la posibilidad de que su rol de género halla tenido especial influencia en su práctica clínica y las expectativas que el paciente o familia han tenido respecto a su rol de género.

A través de las entrevistas se obtuvo un abanico de experiencias y anécdotas de los terapeutas, las cuales se ordenaron, clasificaron y sistematizaron en diversas categorías comunes en los relatos de los terapeutas. Las categorías analizadas fueron las siguientes:

- **La formación**, los preceptos teóricos y conceptuales que caracterizan su práctica clínica.
- **El género del terapeuta**, aquellas experiencias donde el género del terapeuta ha influido especialmente en el proceso de la terapia.
- **Las anécdotas personales**, situaciones particulares que los acercaron a los estudios de género en su formación y/o ejercicio clínico.
- **El género y la terapia familiar**, momentos en que ha sido de utilidad incluir los estudios de género en el trabajo con familias, parejas e individual.

Las categorías me llevaron a distinguir aspectos de los relatos de los terapeutas, donde se unen sus historias con el marco teórico que sustenta esta investigación. A estos rubros, yo les llamé “puntos de encuentro”, es decir, historias donde se unen, lo personal con lo profesional.

Los puntos de “encuentro” se clasificaron de tal manera que gráficamente permitieron hacer conexiones en un sentido jerárquico, y así hablar de temas y subtemas que dan significado a la inclusión de los estudios de género en la teoría y la práctica de la terapia familiar.

RESULTADOS

La categoría que habla sobre la **formación del terapeuta**, se subdividió en dos temas básicamente: a) el cuestionamiento a los enfoques psicoterapéuticos tradicionales que favorecen el mantenimiento de roles género (excluyentes y exclusivos) y, b) las herramientas epistemológicas y conceptuales que son de utilidad para el trabajo con familias, parejas e individuos.

Los terapeutas consideran la influencia que tiene para la vida de una persona, vivir en una sociedad caracterizada por roles de género estereotipados; cuestionan las costumbres, creencias, mitos y valores culturales que han organizado la actividad humana, además de que frecuentemente se encuentran relacionados con malestares específicos para hombres y mujeres. Ante estos cuestionamientos, utilizan herramientas teóricas y conceptuales que ayudan a desmitificar y deconstruir los roles y etiquetas que, limitan la capacidad y potencial de las personas para afrontar sus quejas.

La mayoría de los terapeutas entrevistados señalan que, los enfoques terapéuticos basados en las teorías posmodernas son de gran utilidad para desmitificar los roles estereotipados de género, de tal forma que las personas cuestionen el origen de la construcción de estas ideas en las relaciones sociales y, no como atributos preestablecidos y diferenciados para, lo femenino y lo masculino.

Respecto a la categoría sobre *el género del terapeuta*, identifiqué dos temas: a) la interacción que tiene la familia, pareja o individuo con el terapeuta dado su género y, b) las reflexiones del terapeuta desde la cibernética de segundo orden.

Los terapeutas señalan que si perciben diferencias en la forma en que interactúan los pacientes, principalmente lo observan en situaciones de co-terapia (hombre-mujer). Son situaciones donde es frecuente que se haga uso de los estereotipos atribuidos socialmente a ambos géneros y, además de los pacientes, los terapeutas también tienen expectativas referentes al género de ellos mismos. Por otra parte, una de las entrevistadas señala que *“precisamente ese es el problema... sería útil considerarlas como características humanas (no diferenciar entre femeninas y masculinas) y que a través de una revisión personal, uno fuera responsable de desarrollar, lo que considere necesario en su persona...”*.

La tercera categoría se relacionó con las *anécdotas personales* que llevaron a los entrevistados a interesarse por la perspectiva de género en su práctica clínica, distinguí dos temas: a) los momentos de transición o evolución personal y, b) experiencias personales, familiares, académicas, o bien, del contexto político-social en el que crecieron.

Para la mayoría de los terapeutas fue significativo encontrar respuestas a sus inquietudes personales, en la literatura con temas feministas o de género, fueron momentos decisivos para cuestionar sus creencias culturales. De esta forma fueron adoptando estos cuestionamientos a su práctica terapéutica, de tal forma que reconocían la necesidad de no solo de ver la terapia de un modo diferente, sino también de escuchar a los pacientes desde una postura diferente.

En la última categoría *género y terapia familiar* identifiqué tres temas: a) la utilidad de analizar problemáticas familiares y de pareja en función de su contexto social y cultural, b) la

adaptación de técnicas e intervenciones para que no favorezcan el mantenimiento de prácticas sexistas y, c) considerar los estudios de género en la formación de psicoterapeutas.

Los terapeutas señalan la importancia y utilidad de analizar e intervenir en la terapia, considerando las creencias, valores y mitos culturales de los pacientes; de tal forma que se asuma y respete la multivisión de las personas, así como se evite el riesgo de imponer implícita o explícitamente criterios de normalidad y control social.

DISCUSIÓN

En el desarrollo y evolución de la terapia familiar ha sido de gran utilidad la adopción de elementos epistemológicos provenientes del feminismo, los estudios de género y el pensamiento posmoderno. Los terapeutas que asumen los preceptos de estos marcos conceptuales en su ejercicio psicoterapéutico, se han caracterizado por perfilar y afinar una especial forma de hacer terapia, es decir, actúan sobre conceptos polarizados como los de salud-enfermedad o funcional-disfuncional, modifican el rol de expertos en la relación terapéutica, de-construyen los estereotipos de género que limitan y encasillan a las personas, y adoptan un papel de co-constructor de realidades con el paciente o la familia (Miller y Wieling, 2002).

Los terapeutas que son sensibles a los principios feministas y la perspectiva de género, se preocupan por las implicaciones que trae consigo ignorar los estereotipos de género, ya que se corre el riesgo de que el terapeuta actúe bajo un “velo” que sesgue sus intervenciones. Como estrategia, es necesario que el terapeuta utilice una “lente” no solo para observar el problema, sino también para escucharlo. De tal forma que evite el riesgo de caer en prácticas opresivas para la familia, encasillando o etiquetando a través del uso discursos social, cultural y políticamente dominantes (Walters y col, 1991; Goodrich y col., 1989; White y Epston, 1990).

Existen terapeutas que consideran la propia historia y proceso de socialización del terapeuta, de tal forma que estas condiciones caracterizan al terapeuta (género, raza, cultura, religión, etc.) y se convierten en “los lentes con los que mira” y “la postura con la que escucha” (Miller y Wieling, 2002). En este sentido, los terapeutas hacen referencia a lo fundamental de la supervisión y la terapia personal para un ejercicio ético de la psicoterapia, de tal forma que sean concientes de la construcción de su propio sistema de creencias y valores, para no confundirlo con el de cada uno de los integrantes de la familia.

Un desafío para el terapeuta es que se observe constantemente desde un meta nivel, lo cual le permita estar pendiente de la nueva información que introduce en la familia y, a su vez, sea conciente de lo que se genera en su persona. Esto significa que el terapeuta esté abierto a la multivisión de opiniones, creencias, costumbres, etc., de si mismo y de la familia.

Esta apertura en la visión del terapeuta es planteada por los enfoques posmodernos, éstos fomentan una relación terapéutica caracterizada por una actitud de “ignorancia” en el terapeuta, de tal forma que al cambiar su posición de experto y adoptar una postura de curiosidad, le permite estar abierto a los diferentes significados y vivencias de las personas (Cecchin, 1987; Anderson y Goolishian, 1992).

La integración de esta serie de actitudes y condiciones en la forma de hacer terapia, se ha convertido en una filosofía y estética de la terapia, en la cual se conjuntan la postura, interés y estilo personal del terapeuta con los preceptos de los enfoques posmodernos en psicoterapia. De esta forma, terapias como la narrativa, colaborativa, centrada en soluciones y los equipos de reflexión permiten la integración del pensamiento posmoderno, el feminismo y los estudios de género en el ejercicio de la terapia familiar.

CONCLUSIONES

La perspectiva de género en la terapia familiar se apoya epistemológicamente en el feminismo, el Posmodernismo y el conocimiento proveniente de los Estudios de Género. Estos marcos conceptuales proporcionan a la terapia familiar elementos metodológicos que favorecen una postura crítica y de reflexión respecto a las diferencias culturalmente atribuidas a hombres y mujeres en la sociedad. De tal forma, que el terapeuta no ignore en sus hipótesis e intervenciones, los aspectos vinculados a las diferencias que experimentan hombres y mujeres durante el proceso de socialización.

Los enfoques posmodernos en psicoterapia proporcionan una serie de técnicas, estrategias y condiciones que promueven la de-construcción y re-construcción de los preceptos culturales que encasillan y limitan el potencial de las personas; proponen alternativas diferentes a las tradicionales, sugieren modificaciones en el uso de categorías diagnósticas, tratamiento e intervenciones.

La terapia familiar con orientación en género considera fundamental la revisión de los propios valores, creencias y actitudes del terapeuta, ya que éstas influyen directamente en lo que observa, escucha e interviene durante la sesión terapéutica.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: S. McNamee y K. Gergen (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1992, pp. 45-60.

- Biever, J.; De las Fuentes, C.; Cashion, L.; Franklin, C. The social construction of gender: A comparison of feminist and posmodern approaches. *Counselling Psychology Quarterly*. vol. 11, núm. 2, 1998.
- Burin, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Gel.
- Burin, M. y Velásquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Meler, I. (1999). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós.
- Cecchin, G. Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process*, vol. 26, núm. 4, diciembre de 1987.
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: ADOTRAF.
- Goodrich, T.; Rampage, C.; Ellman, B.; Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. México: Paidós.
- Hare-Mustin, R. A feminist approach to family therapy theory. *Family Process*, vol. 17, 181-194, 1978.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. McNamee y K. Gergen (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992 pp. 25-44.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En: S. McNamee y K. Gergen (comp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax.
- McNamee S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992.
- Miller, M. & Wieling, E. Puntos de Encuentro y Desencuentro: Una Mirada al Feminismo y Postmodernismo en la Terapia Familiar. *Journal of Feminist Family Therapy*. vol, 14, núm, 2, 2002.
- O'Hanlon, W.; Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989.
- Remer, P. & Worell, J. (1992). *Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for women*. New York: Wiley.
- Saéz, C. (1988). "El feminismo como instrumento de cambio en una psiquiatría alternativa". En: *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Walters, M.; Carter, B.; Papp, P.; Silverstein, O. (1991). *La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. México: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

La actividad clínica del terapeuta familiar incide en acciones de prevención primaria, las cuales están dirigidas a informar, sensibilizar y canalizar problemas de salud pública, como la violencia doméstica, la violencia familiar, el maltrato infantil, la drogadicción, el embarazo adolescente, la criminalidad, la cronicidad en la familia, entre otros.

Dentro de la formación del terapeuta familiar, la prevención comunitaria es un aspecto esencial para el desarrollo de habilidades y competencias profesionales en servicio de la sociedad.

En este rubro se exponen las aportaciones tecnológicas que se realizaron durante la formación terapéutica, dos de éstos dirigidas a la prevención comunitaria. El primer producto es un tríptico donde se aborda la problemática de la Violencia Familiar; dentro de esta misma temática se presenta un taller comunitario sobre Noviazgos Violentos dirigido a jóvenes de bachillerato; y por último, un producto tecnológico dirigido a profesionales de salud mental y terapeutas familiares sobre el Ciclo Vital de la Familia.

3.3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

◆ Tríptico: *¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?*

En las últimas décadas el estudio y la atención de la Violencia Familiar han formado parte del interés de un gran número de profesionales en el campo de la salud y áreas afines. En la medida en que la violencia conyugal y la violencia familiar dejan de ser aspectos privados y comienzan a traspasar los espacios públicos se comienzan a considerar como problemas de salud pública, el grado extremo de violencia es la muerte por este motivo, en el año de 1999 la Secretaría de Salud²⁸ reportó 12 249 muertes de mexicanos por lesiones, agresiones realizadas de una persona a otra, en esta cifra se incluyen las víctimas de violencia intrafamiliar extrema. En ese sentido, la Terapia Familiar se interesa por el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que brinden atención específica a esta problemática.

Dentro del nivel de prevención primaria, las acciones dirigidas a la comunidad se caracterizan por la información, la sensibilización y la canalización de esta problemática. De acuerdo con lo anterior, el principal objetivo se centra en la divulgación educativa, es decir, en

28 SSA, 1999. *Mortalidad 1999*. México, 2001.

proporcionar información que ayude a cuestionar los valores y creencias sociales que ayudan a perpetuar los ciclos de violencia e intentar más de lo mismo²⁹.

Al hablar de la importancia de generar estrategias de intervención (ya sea en niveles de prevención primaria, secundaria e incluso terciaria), que permitan a las personas reconocer los recursos propios para enfrentar una situación de violencia, o bien, identificar los intentos que no han funcionado y que ayudan a perpetuar una situación de violencia.

De acuerdo con lo anterior, se elaboró un tríptico dirigido a padres y madres de familia titulado: *¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?*, donde se informa sobre las formas de violencia, se favorece el cuestionamiento de las creencias culturales que “naturalizan” las interacciones violentas en la familia, y por último, se proporcionan sugerencias que ayuden generar alternativas para una situación de violencia familiar.

Las sugerencias proporcionadas a los lectores de este tríptico se basan en las explicaciones de la formación de problemas y los mecanismos para el cambio desarrolladas por el *Mental Research Institute (MRI)*³⁰.

La interacción violenta desde esta perspectiva teórica, se considera como un problema caracterizado por un cambio tipo 1, donde los esfuerzos infructíferos por salir de esta pauta ayudan a perpetuar el problema. Existen tres maneras de enfrentar el problema desde esta posición: a) negando que un problema lo sea en realidad; b) pensar que el problema es inmodificable o inexistente; y c) cometiendo un error de tipificación lógica.

Para el cambio tipo 2, es necesario actuar sobre las soluciones intentadas en lugar de la situación problemática. En este caso, la transformación será consecuencia de cambiar lo que sucede y no el por qué sucede.

El abordaje de la violencia familiar desde el modelo de Terapia Breve desarrollado en el MRI, plantea las intervenciones en el aquí y el ahora, en el contexto y en las pautas de interacción que generan los problemas.

En conclusión, este tríptico es un material dirigido a la comunidad que proporciona información y favorece el cuestionamiento de la “naturalidad” o “invisibilidad” que culturalmente ha ayudado a perpetuar la violencia en las interacciones familiares. En el anexo se presenta el contenido de este tríptico.

²⁹ Botinelli, C. Abordaje de los modelos de atención, enfoques y marcos teóricos, metodológicos, experiencias y retos. Conferencia magistral dentro del *Primer Seminario sobre violencia Familiar*. México, noviembre, 2002.

³⁰ Watzlawick, P. Weakland, J. y Fish, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

◆ Manual: “*El Ciclo Vital de la Familia*”

El Ciclo Vital de una Familia, se refiere a la trayectoria de vida de la familia, delimitada por fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia, este es de gran importancia ya que el tomarlo en cuenta permite hacer diagnósticos más finos e intervenciones lo más cercanas a lo que le está sucediendo a la familia, existen distintos modelos como el de Jay Haley³¹, Mariano Barragán, Lauro Estrada³² y Rolland³³ que explican esta trayectoria y proponen distintas fases, coinciden en que la familia es un sistema vivo, que cambia con el paso del tiempo y se enfrenta a distintas tareas que tiene que resolver.

Antes de enumerar las fases del ciclo vital es necesario considerar que dentro de éstas, hay tareas específicas, con las que la familia se encuentra y que debe resolver para continuar su crecimiento saludable. En cada una de las fases, existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia, que están con base a tres ejes, que son: los límites, la intimidad (geográfica y/o emocional) y, por último, el poder y la jerarquía; estos tres ejes o dimensiones son los que dan la diferenciación a cada una de estas etapas durante todo el ciclo vital (Estrada, 1996).

Los modelos de Ciclo vital de la Familia, partieron de los inicios de la Terapia Familiar Sistémica, sin embargo su aportación sigue siendo vigente, los terapeutas familiares recurren a él para *Normalizar*³⁴ muchos de los problemas y quejas que se presentan en la vida cotidiana, con la finalidad de que las personas consideren su situación como algo normal y cotidiano presente en muchas familias, de lo cual se espera un efecto tranquilizador.

Con base en lo anterior se realizó una presentación electrónica que contiene los cuatro modelos de Ciclo Vital de la Familia mencionados. Dentro de esta presentación se describe cada modelo de forma esquemática, mencionando cada fase del mismo, la presentación se ilustró con ejemplos cotidianos.

La presentación es un diseño interactivo que a través de hipervínculos se relacionan los esquemas con la descripción detallada de cada uno, lo que permite al presentador realizar una exposición dinámica, que al mismo tiempo que presenta imágenes permite que los espectadores cuenten con la información de cada modelo mostrado. Este material didáctico se encuentra en la Coordinación de la Residencia de Terapia Familiar, Fac. de Psicología, UNAM.

³¹ Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Amorrortu: Buenos Aires.

³² Estrada, L. (1996). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Posada, 1987.

³³ Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica*. Barcelona: Gedisa.

³⁴ O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

3.3.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Resumen del taller de Intervención Comunitaria:

Amar ¿te duele?

Prevención de noviazgos violentos

Justificación

En nuestro país existen múltiples problemáticas donde los profesionales de la salud mental pueden y deben intervenir. La violencia es uno de éstos, cada día incide más en la salud física y mental de los mexicanos, teniendo costos altísimos que incluyen la vida misma.

Se sabe que son múltiples los factores socio-económicos, culturales y psicológicos relacionados con la violencia, por lo que su abordaje terapéutico es complejo y diseñar programas de intervención que incidan en los primeros niveles de prevención se convierte en una prioridad.

Los organismos tanto gubernamentales (INMUJERES) como de la sociedad civil consideran que es muy importante combatir este problema desde la raíz; es casi del dominio popular que la violencia se transmite de generación en generación, por lo que los jóvenes se convierten en un grupo clave en donde se pueden comenzar a bloquear este tipo de interacciones violentas.

Siendo la adolescencia una etapa donde los jóvenes comienzan a establecer sus primeras relaciones de pareja, se propone la creación de un taller sobre la violencia, dirigido a este grupo, que busque incidir en los tres primeros niveles de prevención: en acciones educativo-preventivas, en la detección precoz e intervención oportuna y, por último, en la canalización a instancias especializadas.

Objetivo General

- Que los participantes conozcan y comprendan las características de una relación violenta, para prevenir interacciones de este tipo desde el noviazgo.

Objetivos Particulares

- Que los participantes tomen conciencia del riesgo que puede implicar relacionarse de forma violenta con su pareja, desde sus primeras experiencias de noviazgo.
- Que los participantes conozcan las características de la violencia en la pareja.
- Que los participantes construyan estrategias de autocuidado y protección hacia la violencia en el noviazgo.

Desarrollo del Taller

El taller: *Amar ¿te duele? Prevención de noviazgos violentos*, se diseñó para alumnos de bachillerato, hombres y mujeres de entre 15 y 19 años, del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Oriente. El taller esta preparado para un mínimo de 8 participantes y un máximo de 20.

De acuerdo con la organización de los temas y contenidos tuvo una duración de 14 horas distribuidas en 7 sesiones de 2 horas cada una.

El taller fue diseñado buscando la participación activa de los participantes, contó con actividades tanto individuales como grupales; entre las dinámicas que se llevaron a cabo fueron *debates, lluvias de ideas, plenarias, realización de dibujos, collage, creación de historietas, cine debate*, entre otras; cada actividad estuvo encaminada a la participación activa de los asistentes.

Se elaboraron tres materiales para impartir el curso: 1) Manual del Instructor; que contiene el plan de trabajo, el sustento teórico-metodológico y los contenidos temáticos, 2) Cartas Descriptivas, que contienen todas las actividades a realizar sesión por sesión, organizadas de forma cronológica, se describe minuciosamente cada actividad y el material requerido, 3) Manual del Participante, contiene la descripción del taller sesión por sesión, el material requerido, así como información complementaria con relación a los contenidos.

Contenidos

1. Adolescencia y juventud

1.1 Identidad.

1.2 Roles.

1.3 Derechos de la juventud.

1.4 Ciclo Vital

2. Noviazgo

2.1 Elección de pareja.

2.2 Enamoramiento.

3. El poder

3.1 Tipos de poder.

4. Violencia en la pareja

4.1 Tipos de violencia.

4.2 Ciclo de violencia.

4.3 Uso del poder en la violencia.

5. Estrategias de afrontamiento

5.1 Afectivas.

5.2 Cognitivas.

5.3 Conductuales.

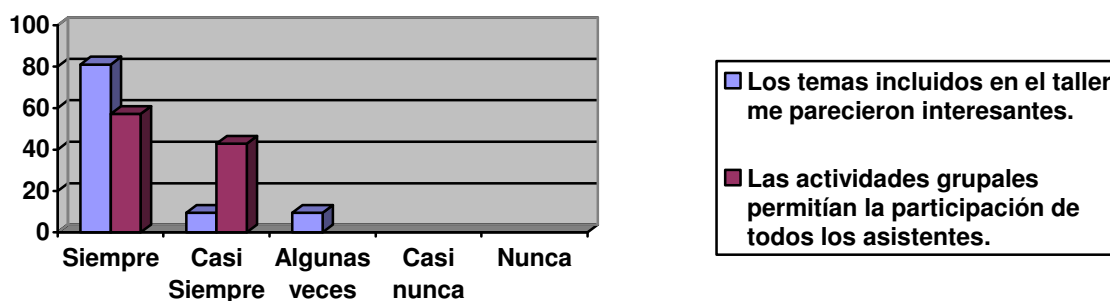
Resultados

El taller se llevó a cabo los martes y viernes del 18 de abril al 12 de mayo de 2006. Inició con 30 participantes, 8 hombres y 22 mujeres; finalizó con 24 participantes, 6 hombres y 18 mujeres.

Al concluir el taller, se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa del mismo, la cual proporcionó retroalimentación sobre los contenidos, materiales y exposición de los terapeutas.

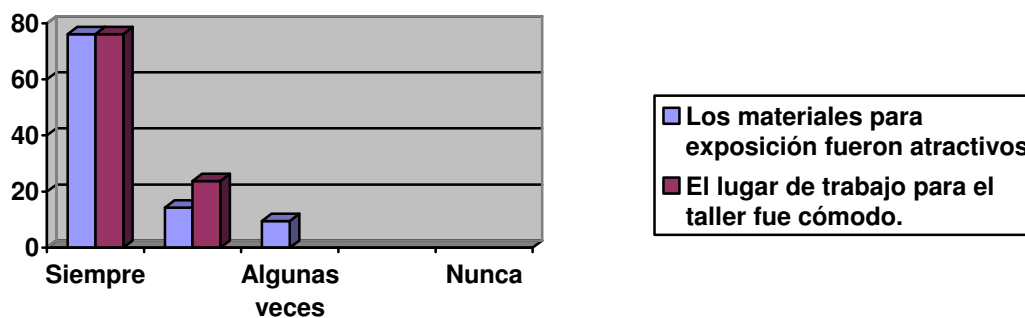
Evaluación Cuantitativa.

Gráfica 1



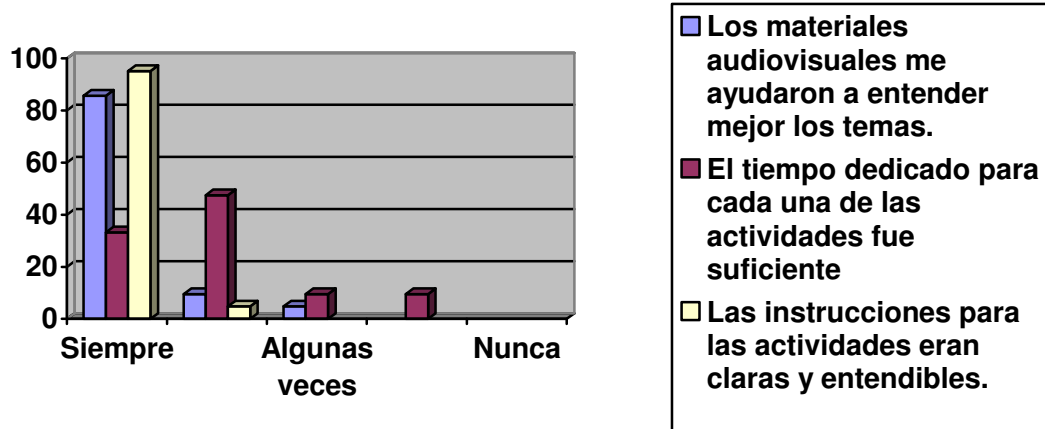
Gráfica 1. Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los temas *Siempre* fueron interesantes; el 57% piensan que las actividades grupales *Siempre* permitían la participación de todos los asistentes.

Gráfica 2



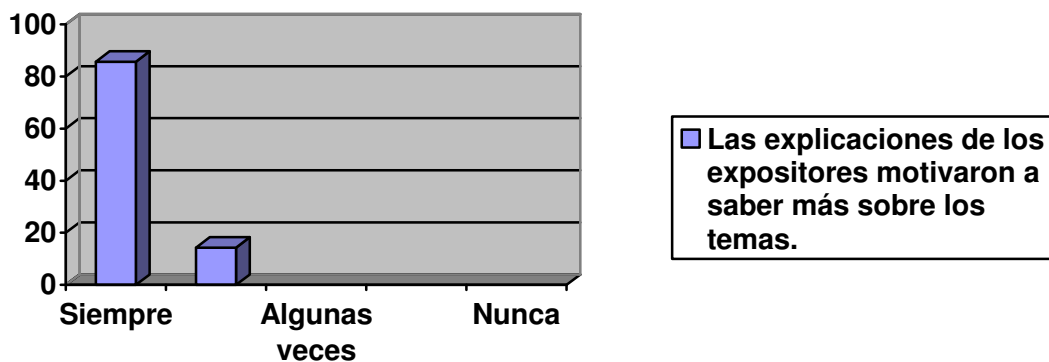
Gráfica 2. Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los materiales para la exposición *Siempre* fueron atractivos; también el mismo porcentaje de participantes coinciden que el lugar de trabajo *Siempre* fue cómodo.

Gráfica 3



Gráfica 3. Se muestra que el 86% de los participantes consideraron que los materiales que se presentaron en el taller *Siempre* ayudaron a entender los temas. Con respecto al tiempo solamente el 33 % de los participantes consideran que el tiempo dedicado fue el suficiente. Para el 95% de los participantes las instrucciones de las actividades *Siempre* fueron claras y entendibles.

Gráfica 4



Gráfica 4. Se muestra que el 86% de los participantes piensan que las explicaciones de los expositores *Siempre* motivaron a saber más sobre los temas.

Evaluación Cualitativa

A partir de las evaluaciones, se puede concluir que para la mayoría de los participantes, las *expectativas* con que llegaron al taller fueron cubiertas totalmente, e incluso en algunos casos fueron rebasadas. Cabe señalar que algunos mencionaron que les hubiera gustado recibir más *tips*, y contar con mayor tiempo para el taller.

Lo que más les gustó del taller fue el ambiente que se creó, ya que les dio la confianza de poder comentar aspectos muy personales, además de hacer nuevas amistades. En general mencionan que les gustaron todas las actividades, y específicamente las que resultaron más atractivas e interesantes fueron: los debates, la elaboración del cartel y el collage.

Entre los temas que les parecieron más interesantes se encuentran: El ciclo de la violencia, los tipos de violencia y el enamoramiento.

Consideran que todo lo aprendido en el taller lo pueden poner en práctica, y principalmente en el aspecto preventivo, ya que les permitirá identificar cuándo se encuentren en una relación violenta, y tendrán más herramientas para salir de esta. Por lo que, se puede concluir que los objetivos planteados en este taller desde lo cognitivo, afectivo y conductual fueron cubiertos en su totalidad.

3.3.3 REPORTE DE LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO EN UN FORO ACADÉMICO

El programa de Maestría en Psicología da especial importancia a las actividades de investigación y divulgación del conocimiento, por lo que favorece el desarrollo de habilidades para la difusión de investigaciones dentro de foros académicos especializados nacionales e internacionales.

En el *XIII Congreso Mexicano de Psicología* llevado a cabo en Acapulco, Gro., los días 19, 20 y 21 de octubre de 2005, organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A. C., se participó en este Congreso dentro del SIMPOSIO “EXPERIENCIAS DE INTERVENCIONES EN PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA”, con el trabajo titulado: *La utilización de la técnica de Escenificación en la separación de los subsistemas parentales y filiales*, el cual fue presentado al lado de los terapeutas familiares Ana Lilia Escalante Zamudio y Roberto Chávez Nava.

Este trabajo se desarrolló a partir del análisis de un caso clínico bajo el Modelo Sistémico, donde se ejemplificó cómo a través de la implementación de la Técnica de Escenificación se pudo establecer la separación del Subsistema Parental del Subsistema Filial cuando estos se encuentran entremezclados, situación típica de casos en los que los hijos son triangulados por los padres en sus propios conflictos. Asimismo este análisis permitió la discusión sobre la relación existente entre algunos enfoques específicos de Terapia Sistémica: el Estructural y el Estratégico.

Durante la presentación se enfatizó la importancia para el Modelo Estratégico de considerar la organización del sistema familiar, la cual se caracteriza por el manejo de las funciones, el poder y las jerarquías dentro de la organización familiar. Aspecto que se conjunta con los fundamentos conceptuales del Modelo Estructural, dado que éste describe y plantea intervenciones dirigidas a

reestructurar y reencuadrar el funcionamiento de cada uno de los subsistemas: conyugal, parental y fraterno.

Dicha situación se consideró para incluir una técnica que interviniera sobre la organización del sistema familiar. La técnica de Escenificación cuestiona el problema a partir de solicitar a la familia que discuta e interactúe sobre los problemas que se consideran disfuncionales. De esta forma, existe la posibilidad de que la técnica de Escenificación, actúe sobre la organización de la familia.

Desde el Modelo Estratégico, se esperaría que la acción sobre el triángulo bigeneracional, actúe sobre la incongruencia de autoridad y jerarquía, favoreciendo así un cambio en la organización del sistema familiar.

A partir de los cuestionamientos basados en el marco teórico estructural y estratégico, se ejemplificó con el análisis de un caso clínico que se encontraba en supervisión directa bajo el Modelo Estratégico. Se presentó la evaluación familiar, a través del mapa estructural y el familiograma, así como un breve resumen del proceso terapéutico. Por último, se mostró el impacto que tuvo en el proceso la implementación de técnica de Escenificación, así como los resultados favorables para la destriangulación del conflicto.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

En este apartado se abordaran las reflexiones y cuestionamientos relacionados con los dilemas éticos, que emergieron durante las actividades de supervisión clínica, ya sea desde la práctica como terapeuta, o bien, como integrante del equipo terapéutico.

Para este análisis y reflexión sobre el ejercicio ético en la práctica clínica, fue indispensable hacer una revisión de las instancias que han tenido el objetivo de regular la actividad profesional del psicólogo; entre los consensos que han sido promulgados se encuentran: el Código Ético del Psicólogo y el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C.³⁵

Al hablar de las situaciones y dilemas éticos que se presentaron durante la formación en terapia familiar, surge la necesidad de resaltar las vivencias y puntos de vista personales de cada uno de los integrantes del equipo terapéutico en supervisión. Dado que uno de los principales puntos desarrollados durante la formación en terapia sistémica, fue la habilidad para expresar lo vivido a través de la cibernética de segundo orden, considero importante mostrar esta la discusión a través de la realización de una mesa redonda.

Asimismo, al considerar al lenguaje y la conversación como uno de los principales instrumentos en la construcción de significados, pienso en la utilidad de incluir en este apartado, la conversación sobre dilemas éticos, que sostuvimos algunos miembros del equipo terapéutico.

Algunos integrantes del equipo terapéutico y yo, participamos en la realización de esta mesa redonda, nos dimos a la tarea de compartir nuestras experiencias y puntos de vista en torno a los dilemas éticos que se presentaron durante la formación terapéutica. A continuación presento la transcripción de dicha conversación³⁶, realizada en el mes de octubre de 2006, participamos: Guadalupe García González, Martha López Zamudio, Miriam Zavala Díaz y yo, Maribel Méndez Llamas.

Miriam: pienso que algo que serviría para comenzar a hablar sobre el tema de la ética, es mencionar lo que dice el Código Ético acerca del quehacer del terapeuta familiar ¿o ustedes consideran un lugar mejor por el que empezar?

³⁵ Página web consultada: http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico

³⁶ Extracto de la mesa redonda sobre los dilemas éticos que se presentaron durante la formación como terapeutas familiares; transcripción elaborada por Miriam Zavala Díaz.

Maribel: me parece bien, porque al leer el código del Terapeuta Familiar, me vinieron a la cabeza varios momentos vividos en estos dos años, donde surgieron alguno de estos puntos y de cómo los resolvimos dentro del equipo terapéutico. Por ejemplo, algo que surgió en varias ocasiones y que lo discutimos incluso de manera teórica, fue la influencia que pueden tener nuestras intervenciones en la vida de los pacientes, de cómo tenemos que ser concientes de esta influencia y cuidadosos con ello.

Martha: Yo pensaba precisamente en las palabras respeto y aceptación del otro, lo que me lleva a pensar en lo importante que es desarrollar una postura y actitud estéticas...

Miriam: ¿estético en el sentido señalado por Keeney³⁷?

Martha: exacto, estético en cuanto a considerar al sistema total, como un sistema con sentido, es decir, con una lógica, con una organización que funciona, aunque sea a través de un síntoma, y que es necesario que el terapeuta empiece por respetar esa ecología, no intentando imponer su mapa de mundo.

Maribel: ¿y eso tú cómo lo viviste dentro de la formación?

Martha: a mí me costó mucho trabajo en un principio. Yo venía de trabajar con modelos más normativos, tuve que romper con muchos paradigmas para poder acercarme al mundo del otro desde esta actitud de respeto. Pero creo que esto es un proceso, no creo que una pueda decir un día que ya lo logró del todo.

Miriam: y yo creo que ahí es donde toma importancia el papel de los supervisores, ya que a todos nosotros nos sucedió alguna vez durante la formación, que sin darnos cuenta estábamos imponiéndole a los pacientes nuestro mapa del mundo y que el papel de los supervisores, en esos momentos, fue fundamental para señalarte esto y ayudarte a salir de ahí...aunque claro, el supervisor también estaba en riesgo de hacer lo mismo.

Maribel: es decir, de imponer su propio marco o esquema, presentándolo como el “bueno”...

Guadalupe: pero creo que aquí también habría que considerar el modelo desde el cual se estaba trabajando. Pienso que desde los modelos más directivos, por ejemplo, el estructural o el estratégico, o desde los modelos de terapia breve, la idea era incidir en el mapa del mundo del paciente o de la familia. Entonces desde esos modelos, imponer un nuevo marco sí es ético, mientras que desde los modelos posmodernos, quizá no lo sea. Yo pensaría que entonces tendríamos que apelar a una ética personal del terapeuta.

Maribel: me estoy imaginando la situación de cualquiera de nosotras, ya aplicando lo aprendido en la maestría, ejerciendo en una institución, donde una cosa es tu ética personal, como lo llamas Guadalupe, y otra es el marco que te marca la institución. Entonces, ahí estaríamos hablando de que no te puedes quedar con tu ética personal, sino que se trata de un ejercicio ético, construido conjuntamente entre varios profesionistas.

Miriam: entonces podemos decir que esta ética personal, siempre está en relación con las prácticas que suceden en tu entorno, que no la construyes en el vacío. Actuar éticamente dentro de la profesión, siempre implicará entonces una reflexión personal, una auto-observación constante, pero también el conocimiento del código, de los lineamientos del modelo y de las políticas de la institución donde ejerces.

³⁷ Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1983.

Maribel: esto para mí es muy claro, cuando observo que con el paso del tiempo, lo que hice antes, hoy ya no lo haría, porque pienso de otra manera, pero también lo consideraba ético en su momento.

Guadalupe: eso fue lo que a mí me sucedió en la formación. En un principio desde los modelos sistémicos, me sentía muy cómoda interviniendo, dirigiendo, etc. pero cuando entré en contacto con los modelos construccionistas, me empecé a hacer preguntas, aquello ya no me parecía tan adecuado, y creo que ésto también es un aspecto que toca discutir desde la ética.

Martha: y haciendo referencia otra vez a Keeney, ¿ustedes dirían que habría dentro de los diferentes modelos de Terapia Familiar, algunos que son más estéticos que otros?

Guadalupe: yo considero que no, que todos parten de una base de respeto, pero que algunos, dado que su postura es más intervencionista o normativa, suponen que es obligación del terapeuta intervenir para cambiar al sistema y mejorarlo, sin embargo, lo hacen considerando la ecología del sistema.

Martha: estoy de acuerdo, recuerdo lo que Minuchin³⁸ decía respecto de algunas familias uniparentales o extensas, donde había hijos parentalizados o con mucha jerarquía, o donde los abuelos llevaban a cabo funciones parentales, respecto de que aunque ésta organización no era la ideal, había que respetar y considerar que esta estructura permitía a la familia funcionar.

Guadalupe: pero bueno ¿qué tanto consideran que el sistema terapéutico del que formamos parte durante la Residencia, tomó en cuenta ésto?

Miriam: para mí, la respuesta a tu pregunta depende de qué momento de la formación estamos considerando y del supervisor que en ese momento estaba con nosotros. Creo que hubo momentos en los que se sacrificó la técnica o el aprendizaje del modelo, incluso donde se dejaron de lado los objetivos terapéuticos, para respetar y considerar los tiempos y los mapas del mundo de las personas, otros donde quizá nosotras como terapeutas, hubiéramos sido mucho más cautelosas o precavidas, pero que el supervisor nos llevaba a intervenir, a cuestionar. Pienso que lo estético, está más en cómo haces las cosas, que en lo que haces.

Guadalupe: para mí, sí hubo momentos a lo largo de la formación, donde creo que no fue muy respetada la postura de las personas, sus tiempos...

Miriam:...momentos donde asumimos como equipo que el mapa del mundo del paciente estaba equivocado y entonces era necesario que interviniéramos...

Guadalupe:...y que por hacer lo que nos dictaba el modelo nos apresurábamos a intervenir, o desestimábamos sus necesidades. Aunque para mí, en esos momentos lo que ayudó mucho fue la presencia del equipo, ya que conocer las diferentes miradas me ayudaba a balancear mis intervenciones o a relajarme.

Miriam: creo que es importante también considerar que como terapeutas, dado el papel social que se nos ha asignado, influimos en las personas, lo queramos o no. En este sentido, creo que la reflexión ética tendría que ir en términos de estar concientes de esta influencia, no desestimarla, no obviarla, sino más bien estar muy claras de que por más que intentemos que no haya jerarquías, las hay y la terapeuta tiene un poder que le ha sido conferido socialmente, del cual no puede desprenderse.

³⁸ Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa, 1974.

Maribel: entonces mientras más conciente estés más ético eres ¿no? o mientras más transparente seas con esto, también.

Martha: eso de la transparencia es importante, como dice Anderson³⁹, hay que colgar a la vista de las personas tus preconceptos o prejuicios y someterlos a cuestionamiento delante de ellas, eso ayuda a que tu poder no sea tan grande.

Miriam: pero fíjense que estoy pensando en que para mí, hizo falta dentro de la formación, un espacio más formal donde nosotros pudiéramos hablar específicamente de cuestiones éticas.

Guadalupe: si yo también lo pienso, creo que en varias supervisiones se abrieron algunos temas, cuestionamos ciertas problemáticas, como en el caso de mi paciente, con él que nos preguntábamos si deberíamos seguirlo recibiendo o deberíamos mandarlo a consulta psiquiátrica, pero que sí se lo decíamos directamente, corríamos el riesgo de despertar actitudes paranoides en él. Recuerdo que varias clases sometimos este caso a discusión, pero que efectivamente no había un espacio formal donde hablar de estos temas, sino que lo íbamos haciendo sobre la marcha.

Miriam: si, yo también creo que hubo varias ocasiones en las que nos preguntamos como equipo cuestiones como ¿debíamos o no llevar a cabo intervenciones decisivas en los procesos, estando ausente el supervisor? o ¿qué tan pertinente era atender un caso de abuso sexual, cuando la supervisión era narrada y la terapeuta se sentía capaz de trabajar el caso, pero no tenía la experiencia? o ¿cómo detectar el punto en el que guardar la confidencialidad a uno de los miembros de una pareja, deja de ser ético y termina convirtiendo al terapeuta en un cómplice? Pero que aún así, hizo falta un espacio más formal.

Maribel: pero bueno, creo que también se hizo un esfuerzo por cubrir algunos puntos. Pienso en la plática que nos vinieron a dar de Inmujeres sobre violencia, lo útil que fue, o la plática sobre cuestiones legales con el abogado de la facultad. Creo que los temas son innumerables, pero que al final es responsabilidad de la terapeuta, hacerse de la información y de los recursos para subsanar sus vacíos de conocimiento y su inexperiencia.

Miriam: claro, pero entonces estamos tocando otro tema también relativo a la ética, es decir, la necesidad de que la terapeuta, se comprometa consiga misma, en el cuidado y atención a su persona, por un lado, asistiendo a cursos, actualizándose, buscando supervisión, pero por otro, también llevando a cabo un proceso de reflexión y auto-observación constantes, siendo capaz incluso de detectar, cuando sea el caso, la necesidad de ayuda profesional en la resolución de sus conflictos personales.

Martha: claro, y también la necesidad de que los terapeutas conozcamos, en la medida de lo posible, nuestras limitaciones, nuestras áreas poco desarrolladas, los temas o problemáticas con los que tenemos dificultades para trabajar, así como también, que tengamos muy claras nuestras fortalezas, los aspectos de nuestro estilo personal que pueden contribuir al buen desarrollo de un proceso.

Guadalupe: pero creo que en esos casos, la responsabilidad es compartida, es decir, otra vez está el papel de los supervisores, por lo menos en el caso de nosotras como terapeutas en formación. Creo que era

³⁹ Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

responsabilidad nuestra hacer todo esto que mencionan, pero que apelando a nuestra inexperiencia, también los supervisores debieron de estar pendientes de que nos estuviéramos formando en este sentido.

Maribel: y creo que en muchos casos ocurrió, que hubo ocasiones donde las supervisoras nos llamaron la atención sobre la necesidad de ir a terapia, o de buscar información, incluso de consultar a otros profesionistas. Casos en los que las supervisoras nos acompañaron, nos guiaron, nos siguieron en los procesos.

Martha: quizás en ese sentido, lo que hizo falta a mi juicio, fue que hubiera un flujo de información mayor, es decir, que las supervisoras hicieran los señalamientos, que nosotras los atendiéramos, pero que también hubiera un seguimiento, retroalimentación.

Maribel: ya para finalizar, pienso también en uno de los temas quizá más señalados, en cuanto a la ética de los terapeutas, es decir, la confidencialidad, ¿consideran ustedes que fue algo que cuidamos, que atendimos? ¿o más bien fue algo que se desestimó en la formación?

Miriam: a mí me parece que sí fue algo que cuidamos, en lo que se nos hizo hincapié. Ahora, también creo que la línea se vuelve muy delgada cuando estamos hablando de terapeutas en formación. Pienso por ejemplo en las Jornadas Clínicas, donde presentamos nuestros casos frente a los compañeros de otras generaciones, los profesores y tutores. Ahí fuimos cuestionados por haber presentado extractos de los videos de las sesiones, sin haber protegido la identidad de las personas. La línea se vuelve muy delgada, porque de un lado, está el terapeuta que está protegiendo la intimidad de las personas que lo consultan, y por el otro, el terapeuta que está difundiendo su conocimiento, que está formando a otros terapeutas, que está haciendo investigación.

Guadalupe: ahí entonces lo que se debería enfatizar, es la responsabilidad que tiene el terapeuta de informar a sus pacientes, acerca del uso que se le va a dar a los expedientes, a las grabaciones, a los datos que proporcione, etc. especialmente cuando se trabaja en Centros Comunitarios que pertenecen a instituciones educativas y de investigación, como es el caso de la U.N.A.M.

Maribel: entonces la moraleja sería que más que lo que haces, lo que importa es cómo lo haces y el cuidado que pones al hacerlo.

Martha, Guadalupe y Miriam: ¡de acuerdo!

Después de formar parte de esta conversación, surgieron en mí algunas reflexiones en torno al ejercicio ético en la psicoterapia. A continuación, explico brevemente el significado de lo que yo considero una práctica clínica ética.

- No se puede negar la influencia y los efectos de las palabras que utiliza el terapeuta, entiendo que “*el lenguaje no es inocente*”⁴⁰, y por lo tanto, es importante utilizar un lenguaje con responsabilidad.

⁴⁰ Andersen, T. El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*, 1995 Vol. 8, No. 1

- “*El terapeuta es un artista, no un artesano*”⁴¹, coincido con la idea de que la terapia, no es meramente la aplicación indiscriminada de una serie de metodologías y técnicas. Por lo tanto, es indispensable considerar la estética del cambio, es decir, las necesidades y el momento actual en que se encuentra la familia, de tal forma que la idea del cambio, esté bajo el control de la familia, y no solamente del terapeuta.
- *El conocimiento de sí mismo*, es fundamental el conocimiento de las áreas de competencia y las limitaciones propias del terapeuta, para esto es necesario el espacio de supervisión y de terapia personal.

Llego a la conclusión de que vivo la ética en la práctica clínica, como un espacio de retroalimentación, donde es necesario para mí, estar constantemente en auto-observación y auto-retroalimentación, pues frecuentemente me veo preguntándome a mí misma: desde dónde hice la pregunta, qué fue lo que me intereso, por qué un tema y no otro, cuidando de las palabras que utilizo, así como de lo que no digo. En este sentido considero que el ejercicio ético, para mí, es un proceso regulatorio y recursivo, ya que entre más conciente esté de mis intervenciones, más ético es mi comportamiento en la terapia.

⁴¹ Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1983.

IV. LA FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR: EL RECuento DE LA EXPERIENCIA

En este último apartado se exponen las observaciones y reflexiones más significativas durante mi formación como terapeuta familiar, en conjunto se abordó una serie de reflexiones que surgieron a partir del estrecho contacto con la teoría y la práctica de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

Los siguientes rubros se refieren a las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante la formación en terapia familiar, así como al campo psicosocial donde el profesional tiene incidencia. Por otra parte, también incluyo algunos pensamientos en torno al análisis del sistema terapéutico total, es decir, a las diferentes formas de participación o roles que juega el terapeuta en formación (terapeuta, co-terapeuta, equipo terapéutico). Y por último, las reflexiones que surgieron a partir de la experiencia de formar parte de un grupo de terapeutas familiares en formación.

La persona del terapeuta es el principal instrumento de trabajo

Pensar en la persona del terapeuta, me lleva a considerar tres aspectos que me son de utilidad al describir la forma en que actúa e interviene el terapeuta familiar, estas son: la forma de concebir a la terapia, al terapeuta y a la familia, es decir, cuál es el marco epistemológico desde el cual se fundamenta y parte; la forma de actuar e intervenir en la terapia; y por último, la idea que tiene acerca del problema y del cambio.

La formación en terapia familiar, me proporcionó los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos que me permitieron conocer, entender e inclusive experimentar cada una de las orientaciones en terapias sistémicas y posmodernas, de tal forma que a través de la teoría, la práctica y la supervisión pude ir moldeando un estilo propio, el cual se desarrolló y afinó a partir de los recursos y habilidades con los que ya contaba y los que pude ir descubriendo en este proceso de formación.

Este proceso formativo yo lo explico a través de una metáfora, donde me veo como una persona que poco a poco va llenando su caja de herramientas, que se va apropiándose de éstas y moldeándolas a su propio estilo, manejándolas de la forma que le trae mejores resultados, descubriendo su propia técnica y su propio estilo. En este sentido, sería como dice Keeney¹ (1987), un terapeuta puede ser un artista o un artesano; el artesano trabaja con su técnica, pero al artista, además de la técnica le interesan las consecuencias ecológicas, es decir, la relación recursiva entre los órdenes de proceso mental consciente e inconsciente y con esto la autocorrección. En este sentido, es importante que el terapeuta observe el resultado de sus intervenciones, las reacciones

¹ Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1983.

que se generan en el individuo o la familia, así como efectividad de las mismas. De esta manera, el terapeuta se coloca en una situación de retroalimentación constante.

Llego a la conclusión de que para ayudar a descubrir, desarrollar, afinar y reforzar las habilidades clínicas, es indispensable la constante observación, es decir, la retroalimentación que se da a través de la supervisión, del proceso terapéutico personal y de la auto-observación, ayuda a afinar las destrezas propias, enriquecerlas, potencializarlas y desarrollar una práctica ética en la terapia.

La actividad del terapeuta familiar

El ejercicio del terapeuta familiar incide en diversas actividades profesionales, tales como la enseñanza, la investigación, la elaboración de programas preventivos, la atención clínica y la supervisión.

La terapia familiar actúa en los diferentes niveles de prevención, desde las acciones preventivas y educativas; la detección precoz e intervención oportuna; hasta la atención especializada en problemas crónicos.

El terapeuta familiar puede incidir en distintos niveles de atención, por ejemplo: en la elaboración y ejecución de programas educativos y preventivos en problemáticas de salud pública, como las adicciones, la violencia, el embarazo adolescente, los problemas de bajo rendimiento académico, etc. Otras formas de intervención pueden ser los caracterizados por los modelos de terapia breve, los cuales son de gran utilidad por la delimitación de objetivos limitados, a corto y mediano plazo, así como lo concreto y la objetividad en la evaluación de la efectividad de la terapia; también las terapias orientadas a las soluciones, aquellas que enfatizan la identificación de recursos, habilidades y pericias de los consultantes, estos son de gran ayuda en marcos donde las etiquetas clínicas y la noción de enfermedad limitan la resolución de problemas.

En conclusión, las áreas de actividad del terapeuta familiar no se concretan solamente al campo de la salud mental y de la psicología, sino también se avocan a una gran cantidad de problemas humanos, donde el pensamiento sistémico y las herramientas conceptuales y metodológicas de la terapia breve, ya sea enfocada en los problemas y/o en las soluciones abren un amplio panorama en la atención de diversas problemáticas de la actividad humana.

Cuatro puntos desde donde observa e interviene terapeuta en formación

Dentro del programa de la residencia en terapia familiar, son esenciales las horas dedicadas a la supervisión clínica de manera directa y en menor cantidad de horas, a la supervisión narrada.

Gran parte de la actividad del terapeuta familiar en formación se encuentra dirigida a la supervisión, de tal forma que en este proceso de adquisición y desarrollo de habilidades clínicas, el terapeuta observa e interviene desde distintos lugares, como: terapeuta, co-terapeuta, miembro del equipo terapéutico y participante del equipo reflexivo. Cada uno de estos roles tiene implicaciones diferentes, a continuación se describen brevemente.

Terapeuta- en esta situación el alumno se encuentra en una retroalimentación constante, a través de observaciones y comentarios del supervisor y de los miembros del equipo terapéutico. Estas condiciones me permitieron desarrollar habilidades de auto-observación y auto-crítica, las cuales hacen que en la práctica clínica individual constantemente piense y reflexione en los efectos de mis intervenciones, así como en lo que proyecta mi persona, es decir, la información que transmito a través de mis gestos, postura y tono de voz, de tal forma que me encuentre en una constante comunicación conmigo misma, entendida como la Cibernética de Segundo Orden.

Co-terapeuta- hay personas que consideran a la co-terapia como una de las prácticas más complejas, dado que implica una amplia comunicación y adaptación no solo con la familia, sino también entre los co-terapeutas. Implica que la complementariedad entre ambos terapeutas, funcione de tal manera que se sumen y potencialicen los recursos y habilidades de ambos, y no se conviertan en una limitante. El trabajo conjunto con otro terapeuta permite una mayor movilidad dentro del sistema familiar y dentro del sistema terapéutico formado, se amplía el punto de vista con el que se analiza el problema. Cuando la complementariedad se refiere al género de los terapeutas, es decir, se cuenta con el punto de vista femenino y masculino a la vez, permite hacer uso del sexo y del género como una herramienta durante las intervenciones. Al tratar en co-terapia en varios casos, aprendí que la comunicación constante, la habilidad para escuchar, entender y aceptar son indispensables para una práctica ética.

Equipo terapéutico- los miembros del equipo terapéutico funcionan como un caleidoscopio para el terapeuta, pues la terapia se observa y analiza desde miradas diferentes. Cada miembro del equipo comparte su propia experiencia profesional y personal, lo cual da una riqueza enorme al análisis de la terapia. La experiencia de participar como miembro del equipo terapéutico, me hace reflexionar sobre la importancia de la tolerancia a la pluralidad de ideas y posturas, pues todas las miradas de los terapeutas son de importancia y validez, son un alternativa más para la familia, son relativas, no absolutas. Pueden ser o no de utilidad para la familia.

Equipo reflexivo- me parece que es una forma muy especial de transmitir información a la familia, “hablar de la familia, en presencia de la familia”. En varios casos, realizamos equipos

reflexivos de acuerdo a la metodología que explica Tom Andersen², un aspecto que me maravillo de los equipos reflexivos es la fuerza o poder para transformar una situación considerada como problema. Observo que al señalar los recursos de la familia, los ayuda a reconocerlos, a darles un valor significativo y a ponerlos en práctica. No es una situación tan sencilla, pues no se trata de alabar o dar “palmaditas en la espalda”, sino de atender al discurso de la familia, a sus palabras y a sus significados, de tal forma que sea posible construir un puente entre su propia información y la información nueva que ayuda a ver el problema de una manera resoluble.

Cada uno de estos lugares desde donde observa e interviene el terapeuta en formación, ayudan a desarrollar las habilidades y pericias para una práctica clínica responsable de los efectos que las intervenciones puedan tener en una familia.

El recuento de esta interesante experiencia

Exponer una reflexión acerca de esta experiencia y de sus implicaciones como terapeuta, profesionalista y persona es imposible abordarlas por separado. Una afecta a la otra, y viceversa, me doy cuenta que siempre traigo conmigo las herramientas que obtuve de este proceso de formación. Cuando hablo y analizo un caso clínico estoy muy conciente desde el lugar que lo hago, es decir, desde mi propia experiencia como persona, por ejemplo lo veo desde mi punto de vista como mujer, soltera, profesionalista, ciudadana, amiga, hermana, tía, católica, etc., tratando de observarme constantemente, con la responsabilidad de que mi persona no intervenga con el proceso terapéutico de otra persona. Por otra parte, cuando me refiero a una cuestión personal, no dejo de pensar de manera sistémica, de explicarme y describir experiencias de manera interaccional, tratando de no atribuir relaciones lineales de causa y efecto.

En este sentido, creo que una formación de este tipo ha modificado mi forma de relacionarme y la forma en que me explico lo que pasa a mí alrededor. También observó que cambio notablemente mi práctica clínica, al adoptar un pensamiento sistémico, analizar mis intervenciones desde la cibernética de segundo orden, así como concordar con una postura más colaborativa y constructorista dentro de la terapia, ayudaron a que mi forma de ejercer la práctica clínica se modificara.

² Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa, 1991.

ANEXO 1. Instrumento de Evaluación de la Estructura Familiar en Mujeres Adolescentes.

ANEXO 2. Tríptico “¿Crees que vives una situación de violencia con tus hij@s?”

EXPLORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES ¹

A continuación se enlistan una serie de preguntas, por favor lee cada una cuidadosamente y marca con una **X** la respuesta que más se acerque a la situación que actualmente vives en tu familia.

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Toda mi familia hace lo que dice mi papá.				
2. Las reglas en casa son justas.				
3. Mi mamá se preocupa por mi.				
4. Contradigo a mis padres.				
5. A mi mamá le platico todo lo que me pasa.				
6. Mi papá se preocupa por mi.				
7. Mis papás me dejan ir a fiestas.				
8. Cuando yo falto a comer mi familia me extraña.				
9. Mi papá dice lo que se debe hacer en la casa.				
10. Mi papá y yo nos divertimos mucho, cuando mi mamá no está.				
11. Mi papá es el que lleva el dinero a la casa.				
12. Obedezco las órdenes de mis padres.				
13. Mis padres son muy unidos.				
14. Mi madre me compara con ella.				
15. Mi mamá y alguno de mis hermanos(as) están en mi contra.				
16. Estoy de acuerdo con todo lo que piensan mis padres.				

¹ Anexo 1. Instrumento “Exploración de la Estructura Familiar en Mujeres Adolescentes”

17. Mi papá participa en las labores domésticas.				
18. Mi papá está enterado de todo lo que pasa en la casa.				
19. Cuando mi papá se ausenta nos entristecemos.				
20. Puedo exponer a mis padres mis puntos de vista.				
21. Mi mamá siempre esta pendiente de lo que nos hace falta.				
22. Mi madre compara mi figura física con la de ella.				
23. Mis hermanos y yo colaboramos en las labores de la casa.				
24. Mi mamá tiene un trabajo.				
25. Si le doy la razón a papá mi mamá se enoja.				
26. Mis hermanos(as) me obedecen.				
27. Mis papás me apoyan con la tarea.				
28. A mi papá le platico todo lo que me pasa.				
29. Si le doy la razón a mamá mi papá se enoja.				
30. Mis padres entran a mi habitación sin tocar la puerta.				
31. Cuando hay un problema mis papás se dejan de hablar.				
32. Cuando mi papá sale por unos días todos lo extrañamos mucho.				
33. Cuando alguno de mis hermanos se ausenta todos estamos tristes.				
34. Trato de tener mejores calificaciones que mis hermanos(as).				
35. A mi papá le disgusta que mi mamá me regañe.				
36. Me llevo mejor con mi papá.				
37. Mi hermana(o) me manda a hacer todo.				
38. Cuando papá discute con mamá, acostumbra desquitarse conmigo.				
39. Cuando mi mamá no asiste a una reunión familiar, ésta ya no se hace.				
40. Mi mamá organiza las fiestas familiares.				

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
41. Alguno de mis hermanos(as) cuida de nosotros.				
42. Mi papá reúne a la familia.				
43. Mis papás resuelven los conflictos platicando.				
44. Mi actividad principal es ir a la escuela.				
45. Defiendo a papá cuando pelea con mamá.				
46. Mi papá me cuida cuando estoy enferma.				
47. Mis hermanos(as) me apoyan si mi mamá me regaña.				
48. Mi papá nos habla mal de mi mamá.				
49. Cumplo con mis tareas escolares.				
50. Mis papás me comprenden.				
51. Mi mamá critica a mis amigos(as).				
52. Mis papás deciden las reglas familiares juntos.				
53. Mi papás critica a mis amigos(as).				
54. Mis hermanos(as) son mejores que yo.				
55. Mi hermana(o) es más atractiva(o) que yo.				
56. Me molesto con mamá cuando pelea con papá.				
57. Alguno de mis hermanos(as) trabaja para apoyar a mi familia.				
58. Defiendo a mi mamá cuando pelea con papá.				
59. Me llevo mejor con mi mamá.				
60. Me enojo con papá cuando discute con mamá.				
61. En la casa se hace lo que papá dice.				
62. Mis papás me golpean y me insultan.				

63. Cuando mamá discute con papá, acostumbra regañarme por cualquier cosa.				
64. Mis hermanos(as) me apoyan si mi papá me castiga.				
65. Mi mamá prefiere a mis hermanos(as)				
66. Mis papás se faltan al respeto.				
67. Mis papás solo ponen atención a alguno de mis hermanos(as).				
68. Mis papás están al pendiente de mis calificaciones escolares.				
69. Mi mamá organiza las actividades los fines de semana.				
70. Yo tomo la ropa de mis hermanos sin permiso.				
71. Mi papá prefieren a mis hermanos(as).				
72. Mis papás me comparan con mis hermanos(as).				
73. Mis papás ignoran lo que hago.				
74. Mi mamá me cuida cuando estoy enferma.				
75. Cuando mi mamá sale por unos días todos la extrañamos mucho.				
76. Mis hermanos toman mis cosas sin avisarme.				
77. Le platico a alguno de mis hermanos(as) lo que me pasa.				
78. Mis padres confían en mi.				
79. Mis papás platican todo lo que ocurre en la familia.				

¿Qué se puede hacer?

Las justificaciones como las anteriores no generan un cambio, por lo tanto, es importante probar alternativas totalmente diferentes a las ya realizadas.

Le sugerimos lo siguiente:

- Identifique si en su familia existe algún tipo de violencia.
- Si es el caso, observe cuáles miembros de la familia participan en la situación violenta y quiénes son testigos.
- Ponga atención en qué momento se repite la violencia, lugar, momento y temática.
- Evite situaciones que pongan en riesgo su integridad o la de otros, usted es responsable de su seguridad.

La violencia psicoemocional es la forma más frecuente en la familia, sin embargo, al no dejar huellas evidentes tiende a ser "invisibilizada".

Por lo tanto muchas familias pueden estar viviendo una situación de violencia sin darse cuenta.

Si éste es el caso, es momento de pedir ayuda.

CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS "GUILLERMO
DAVILA". FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE LA UNAM.
Av. Universidad 3002, Col.
Copilco, Coyoacan. Ciudad
Universitaria.

¿Crees que vives una situación de violencia con tus hij@s?²



*La violencia no es natural,
sin embargo, hemos
aprendido que una forma de
educar a nuestros hij@s es a
través del uso de la fuerza.*

² Anexo 2 Tríptico "¿Crees que vives una situación de violencia con tus hij@s?"

¿Qué es la violencia familiar?

Es una interacción con actos u omisiones, que tiene la intención de dañar a un miembro de la familia.

No es un episodio aislado, la violencia es una situación repetitiva y predecible.a.

¿Quién es violent@?

Puede ser cualquier miembro de la familia que en determinada circunstancia se encuentre en una posición de mayor poder que otro miembro o quiera ascender a éste.

¿Quién es violentado?

Puede ser cualquier miembro de la familia que en determinada circunstancia experimente un abuso de poder por otro miembro de la familia.

Por lo tanto todos y cada uno de los miembros de la familia pueden ser violentos y experimentar violencia hacia su persona.

- La violencia **física** es la más evidente, por ejemplo los golpes, empujones, etc.
- Otro tipo de violencia se dirige a dañar la integridad **psicosexual**, como forzar un contacto sexual no deseado o el abuso sexual.
- Existen formas más sutiles de violentar, como amenazas, humillaciones, devaluaciones, etc., a esto se le llama violencia **psicoemocional**.

¿Te suena conocido?

"Los problemas de familia son de la familia y de nadie más" (la ropa sucia se lava en casa)."

"Quien manda en casa soy yo" (¡aguántate!, es la cruz que te tocó cargar).

"Con mi amor lo voy a cambiar"

"Haz lo que te digo, porque yo sé lo que te conviene, tengo experiencia"

"Cómo lo voy a denunciar, si es el padre de mis hijos"

Es común que solucionemos los problemas de violencia con base en justificaciones como las anteriores, pero...

¡La situación no cambia!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: S. McNamee y K. Gergen (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1992, pp. 45-60.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós, 1977.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beltrán-Ruiz, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. pp.197-223.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría General de los Sistemas*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica, 1968. pp. 92-123.
- Beyebach, M.; Rodríguez, A. Algunas ideas sobre la integración en la terapia centrada en soluciones. *Journal of Systemic Therapies*, vol. 18, núm. 1, 1999.
- Cade, B.; O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1993.
- Cecchin, G. Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process*, vol. 26, núm. 4, December, 1987.
- Cecchin, G. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En: S. McNamee y K. Gergen (comp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992, pp. 111-120.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz, (comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax. pp. 49-79.
- Elkaïm, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós, 1994.
- Elkaïm, M. Constructivismo, Construccionalismo Social y Narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y Familia*. Vol. 9, No. 2, 1996 (pp. 4-11).
- Epston, D.; White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En: S. McNamee y K. Gergen (comp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992 pp. 121-143.
- Espinosa-Salcido, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. pp. 116-137.

- Facultad de Psicología (2005). *Plan de Actividades*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feixas, V. y Villegas, B. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: Desclee De Brouwer. pp. 29-63.
- Fish, R.; Weakland, J.; Seagal, L. (1988). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder, 1982 (2ª Ed.).
- Fleuridas, C. The Evolution of Circular Questions: Training Family Therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol 12, núm. 2, 113-127, 1986.
- Furman, B. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. En: Michael F. Hoyt (ed.) *Constructive Therapies*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 41-65.
- Galicia-Moyedo, I. (2004). Terapia Estratégica. En: L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar*. México: Pax. pp. 81-113.
- García, F.R. *Reporte de experiencia profesional*. Programa de maestría y doctorado en Psicología. Residencia en Medicina conductual. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. de México, 2003.
- González-Montoya, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: L. Eguiluz, (comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax. pp. 29-47.
- Gonçalves, O. (1989). Psicoterapia cognitiva narrativa: la construcción hermenéutica de significados alternativos. En: M. Mahoney (comp.) *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Barcelona: Desclee De Brouwer. pp. 171-195
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz, 1963. pp. 24-50
- Haley, J. (1993). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica, 1981. pp. 26-71.
- Hoffman, L. Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*. Vol 2, No. 2, 1989 pp. 41-52
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. McNamee y K. Gergen (comp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992 pp. 25-44.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós, 1983.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En: Sh. McNamee y K. Gergen (comp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1992. pp. 93-110
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax. pp. 23-56.

- Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: M. Mahoney y R. Neimeyer. *Constructivismo en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee De Brouwer, 1995. pp. 89-115.
- Mackinnon, L. Diferencias entre Terapias Estratégicas y el Modelo de Milán. *Family Process*, vol. 22, 425-438, 1983.
- Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1982.
- Mahoney, M.; Millar, M. y Arriero, G. (1989). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En: M. Mahoney (comp.). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Barcelona: Desclee De Brouwer. pp. 131-150.
- Martínez, M. *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis para obtener el grado de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En: M. Mahoney y R. Neimeyer (comp.). *Constructivismo en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee De Brouwer, 1995. pp. 29-53.
- O'Hanlon, W.; Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1989.
- Rodríguez, S. *Los cambios en el rol femenino y sus aspectos en la relación conyugal*. Tesis para obtener el grado de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, 1999.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno. pp. 3-47.
- Selvini, P. M. (1990). *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós.
- L. Boscolo, G. L. Cecchin y G. Prata. "Hipotetizando-circularidad-neutralidad: tres guías para la conducción de una sesión". *Family Process*, vol. 19, núm. 1, marzo de 1980.
- Selvini, P.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós, 1986.
- Selvini, P.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1998.
- Suárez-Castillo, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax. pp.139-160.

- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1986). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patología y paradojas*. Barcelona: Herder, 1967 (15ª ed.).
- Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fish, R. (1999). *Cambio. Solución y formación de los problemas humanos*. Barcelona: Herder, 1974 (10ª ed.).
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Witzezeale, J.; García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.