



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO  
EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

EL IMPACTO DEL GÉNERO EN LA VIOLENCIA  
FAMILIAR: UNA MIRADA DE LA  
TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ILIANA GUADALUPE ALVAREZ ANTILLÓN

DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

COMITÉ TUTORIAL:  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO  
MTRO. IGNACIO RAMOS BELTRÁN  
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE, 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*A mis padres: José María Álvarez Cárdenas e Irma Antillón Vela  
por ser Fuente Constante de Apoyo, Aliento y Cariño*

*A mis hermanos: Elvira, Claudia, Daniel, José María y José Manuel  
por su Fundamental Compañía y Excelente Humor*

*Al Ing. Antonio González Baltasar por su valiosa asesoría técnica en  
la realización del presente trabajo*

*A la Mtra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte por guiar minuciosamente  
el presente trabajo*

*A la Mtra. Silvia Vite San Pedro por sus apreciables aportaciones, sus  
magnificas enseñanzas durante la Residencia y por su  
calidad humana*

*A la Dra. María Elena Rivera Heredia por ser la docente, supervisora,  
investigadora y amiga que todo alumno sueña tener*

*Al Mtro. Ignacio Ramos Beltrán por su excelente labor docente,  
su paciencia, compromiso y sencillez*

*A mis compañeros de generación: Alberto, Carlos, Judith,  
Denís, Rocio, Ruth, Monica, Nidya y Marcos  
por su Extraordinario Apoyo y Amistad*

*A mis Maestros y Supervisores que sin sus estimables enseñanzas  
no hubiera sido posible el aprendizaje*

# INDICE

Prologo	iii
---------	-----

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.-Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	
1.1 <i>Características del Campo Psicosocial</i>	1
1.2 <i>La Terapia Familiar en México</i>	4
1.3 <i>Principales Problemas que presentan las Familias</i>	5
2.- Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	
2.1 <i>Descripción del Centro</i>	9
2.2 <i>Análisis Sistémico de la Sede</i>	13

## II. MARCO TEÓRICO

1.- Análisis teórico conceptual de los fundamentos en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	
1.1 <i>Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica</i>	19
1.2 <i>Fundamentos de la Terapia Familiar Posmoderna</i>	26
2.- Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:	
2.1 <i>Modelo Estructural</i>	33
2.2 <i>Modelo Estratégico</i>	41
2.3 <i>Modelo de Terapia Breve</i>	50
2.4 <i>Enfoque Orientado en Soluciones</i>	60
2.5 <i>Modelo de Milán</i>	69
2.6 <i>Derivados del Posmodernismo</i>	
2.6.1 <i>Modelo Narrativo</i>	85
2.6.2. <i>Enfoque Colaborativo</i>	94
2.6.3. <i>Equipos Reflexivos</i>	104

## III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	
1.1. <i>Integración de Expedientes Clínicos de Familias</i>	116
1.2. <i>Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias</i>	134
1.3 <i>Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos</i>	141

<b>2. Habilidades de Investigación</b>	
<b>2.1 Reporte de investigación Cuantitativa</b>	<b>145</b>
<b>2.2. Reporte de investigación Cualitativa</b>	<b>155</b>
<b>3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento.</b>	
<b>Atención y Prevención Comunitaria</b>	
<b>3.1 Productos tecnológicos:</b>	
<b>3.1.1. Publicación de un artículo de investigación</b>	<b>161</b>
<b>3.1.2. Folleto Guía y Tríptico del Maltrato Infantil</b>	<b>161</b>
<b>3.2 Programas de Intervención comunitaria</b>	<b>162</b>
<b>3.3 Reporte de la presentación del trabajo (clínicos y/o de investigación) en foros Académicos</b>	<b>163</b>
<b>4. Habilidades de compromiso y ética profesional</b>	
<b>4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional</b>	<b>164</b>
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES</b>	
<b>1.- Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas</b>	<b>168</b>
<b>2.- Incidencia en el campo psicosocial</b>	<b>169</b>
<b>3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total</b>	<b>169</b>
<b>4.- Reflexión y análisis de la experiencia</b>	<b>170</b>
<b>5.-Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo</b>	<b>171</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>173</b>
<b>Anexos</b>	

## PROLOGO

En el primer capítulo denominado “Justificación e Introducción” se plantean algunas consideraciones relacionadas a la importancia de la familia para la sociedad, así como del impacto que tienen en la misma la propia dinámica de evolución y el contexto circundante. Se incluyen datos sociodemográficos de las familias en México, los que son de considerable importancia para entender la organización y funcionamiento familiar actual.

También se dan a conocer estudios cuantitativos y cualitativos de los principales problemas que presenta las familias en México, cuyos análisis de resultados evidencia de manera contundente la importancia de apoyar programas comunitarios, principalmente para grupos marginados, que favorezcan la integración y funcionalidad de las familias en México, esto con la finalidad de promover la salud mental de sus miembros que finalmente tendrá un impacto social, así como la relevancia del planteamiento de políticas gubernamentales que destinen presupuestos para la intervención familiar, a través de especialidades que respondan de manera oportuna y acorde a la problemática actual, como la Terapia Familiar con enfoque de Sistemas, que ha demostrado ser efectiva para el cambio a corto plazo.

Además se presenta un resumen de la terapia familiar en México, se mencionan brevemente el panorama de la época de inicio, así como las influencias teóricas de comienzo. Se concluye que la terapia familiar en México se encuentra a la altura del progreso de la terapia familiar de los países más avanzados, debido al esfuerzo conjunto de instituciones y de miembros de asociaciones formales en terapia familiar por importar avances y transmitir conocimientos innovadores en dicha disciplina.

El primer capítulo concluye con la descripción y explicación del funcionamiento del escenario en el que se realizó la práctica clínica de la Residencia en Terapia Familiar, que en este caso fue el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Es importante considerar que la clínica sede se encuentra adecuadamente organizada, tanto a nivel clínico como administrativo, para el desempeño de la práctica clínica; lo que indudablemente contribuye al desarrollo profesional de los egresados.

El segundo capítulo, correspondiente al “Marco Teórico”, en una primera parte se precisan los antecedentes, principios y presupuestos de las raíces sistémicas de la terapia familiar, en lo particular se hace referencia a la teoría general de sistemas, la cibernética, la teoría de la comunicación y la cibernética de segundo orden; así también se realiza una exposición de las raíces posmodernas de la terapia familiar, analizando sus premisas, precursores, corrientes y sus implicaciones en la terapia familiar; al igual se incluye un cuadro comparativo de estas dos raíces fundamentales: sistémicas y posmodernas.

En la segunda parte del segundo capítulo se presenta un estudio de los modelos de terapia familiar, desde las raíces sistémicas, en la que se incluyen los Modelos Estructural, Estratégico, de Terapia Breve, de Soluciones y Milán; además de los

modelos surgidos de la posmodernidad: narrativo, colaborativo y equipos reflexivos. Para cada modelo se incluyen los siguientes temas: antecedentes, definición del modelo, premisas que lo sustentan, meta terapéutica, planificación, estrategias de intervención y, finalmente, las consideraciones finales, que son apreciaciones personales del modelo.

Además se planteará que los modelos de terapia familiar sistémicos y posmodernos, comparte características en común, lo que se explica porque provienen de la misma raíz madre; sin embargo, también se apreciarán sutilezas y peculiaridades que son los sellos distintivos de cada modelo, que viene a ser la “diferencia que hace la diferencia” de unos y otros.

En el tercer capítulo, denominado “Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales” se presenta el trabajo clínico realizado con 4 familias en las que se aplicó la terapia familiar sistémica y posmoderna, 3 de los cuales son integrados y presentados en un formato general similar, en el que se incluyen datos generales del contexto y del proceso de terapia, información de la familia, los resultados obtenidos y las apreciaciones generales en lo que respecta al desempeño del terapeuta y paciente; en el caso de la 4ª familia, misma que fue atendida con base al Modelo de Milán, el formato es diferente, ya que se evalúan otros conceptos, como neutralidad, hipótesis y circularidad, que son los principios básicos del Modelo de Milán.

También en el tercer capítulo se realiza una discusión teórico metodológica de la intervención clínica con familias, en la que se contemplan los motivos de consulta más frecuentes que se atendieron durante la residencia en terapia familiar y un análisis de los mismos con base a datos sociodemográficos de México; también se hace referencia a los modelos teóricos que más se utilizaron en la práctica clínica, así como de las estrategias y técnicas más empleados para resolver los problemas planteados por las familias; finalmente, en lo particular, se hace un estudio y análisis de variables sociodemográficas de los 4 casos clínicos en los que intervine como terapeuta, en la que se aprecia una temática en común: inequidad de género y violencia familiar.

Además se efectúa un balance del sistema terapéutico total, en el que se incluye un análisis por díadas de los sistemas involucrado en el proceso de terapia, esto para facilitar el análisis en cuestión, las díadas consideradas son: sistema supervisor-equipo terapéutico, sistema terapeuta-supervisor, sistema equipo terapéutico-terapeuta, sistema terapeuta-familia y sistema familia-equipo terapéutico; en el análisis de cada díada se consideran las principales aportaciones, limitaciones y sugerencias de cada una.

Enseguida, se presentan los resúmenes de dos investigaciones, una cualitativa, enfocada al estudio de antecedentes familiares y patrones de interacción de padres y madres denunciados por maltrato infantil; y otra cuantitativa, que es un estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF).

Posteriormente se desarrolla un apartado referido a dos productos tecnológicos, uno de los cuales es una publicación en una revista latinoamericana de una investigación que se realizó con padres y madres denunciados por maltrato infantil, y otro, en

congruencia con dicha investigación, un folleto para padres con relación al maltrato infantil. Enseguida se presenta el trabajo comunitario realizado en un grupo de niños de casa hogar que habían sufrido maltrato infantil de sus padres. Posteriormente se presentan unas reseñas de las potencias impartidas en diversos congresos nacionales.

Finalmente, se exponen las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional, de lo que se concluye que es prioritario y fundamental proteger los derechos del paciente y la familia por la relación asimétrica que surge en este tipo de prácticas; que los profesionales se rijan por un código de ética, dictado, preservado y vigilado por una institución formal y jurídicamente autorizada, como es la Asociación Mexicana de Terapia Familiar; así como la importancia de que los profesionales adquieran la conciencia y compromiso, para reflexionar y discutir los dilemas éticos que surgen de la práctica profesional, desde una perspectiva basada en diversos criterios, atendiendo a la prioridad referida.

En el cuarto y último capítulo de este Reporte de Experiencia Profesional, se plantean las “Consideraciones Finales”, en las que se exponen apreciaciones referentes a las habilidades y competencias profesionales adquiridas, la incidencia de la terapia familiar que en el campo psicosocial, también se realiza un análisis del Sistema Terapéutico Total, así como una reflexión y análisis de la experiencia profesional y finalmente se plantean implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.



## **I. JUSTIFICACIÓN E INTRODUCCIÓN**

### **1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAS**

#### **1.1 Características del Campo Psicosocial**

La familia representa el núcleo social fundamental de la sociedad, es el espacio donde cada persona, desde su nacimiento hasta que se independiza, recibe el cuidado y protección para su subsistencia, adquiere los conocimientos y habilidades para su autonomía, participa en el ámbito familiar y es capacitado para desenvolverse en otros ámbitos; aprende los valores y normas básicas de socialización.

En el ámbito familiar el individuo adquiere las bases de su identidad, expresión afectiva, disposición a determinados comportamientos, pautas de interacción y formas de percibir e interpretar la realidad. Es por ello que la familia requiere y merece un lugar prioritario y privilegiado, pues en el núcleo de su dinámica se gestarán ciudadanos participativos y creativos ó bien individuos indiferentes y destructivos.

La familia está en movimiento, por lo que se encuentra bajo el impacto de su propio curso de desarrollo, ya que toda familia atraviese por diversas fases críticas, como la generada por el aterrizaje de los hijos en la adolescencia. Al igual, está influida por sus propias creencias, costumbres, prejuicios y hábitos; que en gran medida son legados generacionales recientes y remotos. Así también, no es posible olvidar, que la propia familia pasa por crisis inesperadas, resultado de situaciones externas o internas adversas; lo que le demandará, en ocasiones urgentemente, respuestas inesperadas para evitar un colapso.

Similarmente, la familia se encuentra inmersa en un contexto social, económico, político, histórico y cultural que influirán definitivamente en su propio funcionamiento. El estilo y la preparación de la familia para afrontar las exigencias surgidas de dicho contexto, determinará el nivel de funcionamiento y bienestar de sus miembros.

Cada nación está constituida de familias con determinadas peculiaridades, dependiendo de los factores referidos; nuestro país ha atravesado por diversas crisis, principalmente de índole económico, ideológico, tecnológico y político; tal como, la revolución mexicana del siglo pasado, el dominio político partidistas, los movimientos civiles en pro de determinadas causas, el crecimiento de los medios masivos de comunicación, la corrupción, la migración interna y externa, etc., lo que ha marcado con un sello reconocible a la familia mexicana.

Así en México se han producido cambios sociodemográficos durante las últimas décadas, lo que han provocado modificaciones en las familias mexicanas. Con el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, las familias tienen menor número de hijos, así también un mayor número de parejas continúan juntas una gran parte de su vida.

La información del censo 2005, muestra que en México 69 de cada 100 familias conservan una organización familiar constituida por pareja con hijos, siendo esta la forma más común de organización; en donde prevalece la jefatura masculina, de cada 100 hogares 77 son dirigidos por hombres y 23 por una mujer (Consejo Nacional de Población, 2005). Estos datos son interesantes, dado que nos permiten considerar que la mayoría de las personas prefieren constituir una familia y procrear hijos, conforme a lo cual sus demandas y necesidades se derivarán de esta forma de organización elegida, de lo que se prevé un incremento en asuntos relacionados a la pareja y a la crianza de los hijos. Las estadísticas muestran una tendencia por la que el número de casamientos y divorcios ha cambiado de 1980 a 2004 (CONAPO, 2005). De acuerdo con el INEGI, las cifras muestran que en 1980 el número de divorcios fue de 4.4 por cada 100 matrimonios, mientras que en año 2004 se registraron alrededor de 67 mil divorcios, esto es, 11 divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI, 2005). Estas diferencias pudieran sugerir una tendencia a un menor interés por establecer y/o mantener un enlace matrimonial y una mayor disposición a separarse. Es posible que las mujeres presenten una mayor tendencia en tal sentido, de lo que pudiera ser determinante el cambio en los patrones culturales de sumisión de la mujer, la necesidad de incorporarse al mercado de trabajo y su mayor preparación académica.

Como se mencionó de cada 100 hogares 23 están a cargo de una mujer; así también la cantidad de hogares con jefatura femenina se ha duplicado en el periodo, al pasar de 2.8 millones en 1990 a 5.7 millones en 2005; lo que se considera está asociado al incremento en las disoluciones conyugales, al aumento de madres solteras, a la inserción de la mujer en el campo laboral, a la migración masculina, entre otros (INEGI, 2005).

Además de la elevación de hogares dirigidos por mujeres, también prevalece los hogares ampliados, es decir un hogar nuclear más otros parientes (tíos, abuelos, etc), con un 22% por cada 100 hogares (CONAPO, 2005); lo que exige nuevos acuerdos y negociaciones familiares para estas formas de organización familiar; como la inclusión de la abuela ó miembros de la familia extensa en la crianza de los hijos.

Por otra parte, el Consejo Nacional de Población de México denunció la baja escolaridad que presenta poco más de la mitad de las mujeres que son jefas de hogar, ya que o no tienen escolaridad alguna o no terminaron la primaria y sólo 30 por ciento cuenta con al menos un grado de secundaria (CONAPO, 2005). Sin embargo, esto no ha impedido que las mujeres sean quienes lleven el sustento en uno de cada cinco hogares mexicanos. Sin embargo, esta condición limita el ejercicio de las jefas de familia.

Así también, los datos censales sugieren que la mujer es quien continúa ejerciendo los roles dominantes asignados por la cultura de género, así por ejemplo se encontró que un 87.8% de las mujeres con hogar son las responsables de la realización de las labores domésticas, de la crianza y cuidado de los hijos; y que además un 76.4% de ellas se ocupan del cuidado de los enfermos y de los familiares de la tercera edad (INEGI, 2005). Así también contribuyen a la económica familiar con sus aportaciones laborales, formales ó informales. Conforme a lo cual se considera una sobrecarga de funciones y que pudiera tener un impacto en la salud de la mujer.

Tal como sugieren las cifras cuando el hombre es jefe de familia su colaboración en labores del hogar es limitada, sobre todo en las familias catalogadas de tradicionales, en lo que se refiere a su aportación de recursos al núcleo familiar, se encontró que 99 de cada 100 padres perciben ingresos y los aportan al gasto común, pero no todos dan la totalidad de sus salarios a ese fin; sólo 63% lo hacen, frente a 32% que únicamente aportan una parte y el resto no contribuyen con nada (INEGI, 2005). Estas cifras tendrían que ser tomadas con cautela, ya que pareciera que los hombres pudieran referir que aportan más de lo debido para dar una imagen aceptable al encuestador.

Una situación más con respecto a los hogares encabezados por mujeres es lo referente a los ingresos económicos, de lo que se encontró que estos hogares tienen un ingreso mensual menor a 3 salarios mínimos; mientras que los hogares dirigidos por hombres tienen un ingreso de 9 a más salarios mínimos (INEGI, 2005). Dichos ingresos tienen necesariamente un impacto en las oportunidades familiares, como el que la madre pueda contratar algún servicio doméstico que le aporte un descanso cuando se siente fatigada ó el que los hijos puedan acceder a mejores oportunidades educativas y recreativas.

Por otra parte, otro problema que presenta la familia mexicana es la presencia de adolescentes con embarazos no deseados. De acuerdo con las encuestas, en la ciudad de México las y los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales genitales a los 17 años en promedio en el caso de las mujeres, y entre los 15.5 entre los varones. Como resultado de éstas prácticas, ocurren más de 25,000 nacimientos anuales de madres menores de 19 años, equivalente a un 10% de esa cifra termina en aborto. También se estima que tan sólo uno de cada diez jóvenes se protege contra este tipo de contagio durante su primera relación sexual, a pesar de que en México 50% de las(os) enfermas(os) de SIDA son jóvenes menores de 25 años (INEGI, 2005).

También se encontró que los resultados de estudios psicosociales reportan una menor escolaridad de los padres de jóvenes embarazadas que la de los padres de jóvenes que no se embarazan. Además, la mayoría de las jóvenes embarazadas abandona la escuela y tiene bajas calificaciones antes de embarazarse, por lo que encuentra en la maternidad una mejor alternativa de vida (INEGI, 2005). Para el Grupo de Información en Reproducción Elegida (Ruiz, 2007), las causas de que un embarazo adolescente a tan corta edad ponga en peligro la vida de la madre están determinadas por factores socioculturales y elementos psicológicos.

Una situación más que afecta a la calidad de vida de los miembros de la familia es el maltrato infantil, así de julio de 2001 a junio de 2002, el DIF-DF recibió mil 432 casos de menores maltratados, es decir un promedio de cuatro casos diarios, y las denuncias que se presentaron ante algún agente del Ministerio Público en el mismo periodo fueron cuatro, según un comunicado de la institución. Estos datos hacen revalorar las pautas de interacción que incluyen el castigo y que le dan un significado favorable (INEGI, INMUJERES, FNUAP, OPS/OMS, PNUD, UNICEF, UNIFEM, 2000-2002).

Finalmente es importante indagar los excesos en los hábitos de vida de las familias mexicanas, principalmente los relacionados a la obesidad (México alcanzó el segundo lugar de obesidad a nivel mundial), al consumo excesivo de alcohol y del tabaco; debido

a que nos darán indicadores de la forma en como las familias atribuyen significado a sus situaciones de estrés y afrontan las situaciones adversas.

## **1.2 La Terapia Familiar en México**

Eguiluz (2004) considera que los pioneros de la terapia familiar sistémica en México, se basaron inicialmente en la fundamentación teórica de psiquiatras como Bowen, Ackerman, Teodoro Lidz; mismos que defendían la asociación entre interacción familiar y enfermedad mental; posteriormente retomaron enfoques más actuales como el Modelo Estructural de Minuchin, el MRI de Palo Alto, Modelo de Milán; y más adelante los Modelos derivados del Posmodernismo.

Sánchez y Gutiérrez (2000) comenta que en 1969 fue creado uno de los primeros institutos destinados para la formación en Terapia Familiar, denominado Instituto de la Familia (IFAC), cuyo fundador inicial es el doctor Raymundo Macías, obra que logró con la colaboración de los doctores Roberto Derbez y Lauro Estrada; el que ha tenido a lo largo de su historia diversas influencias teóricas (Eguiluz, 2004) como la del modelo Psicodinámico Familiar de Epstein, el modelo de Ackerman, el MRI de Palo Alto, el modelo Experiencial de Virginia Satir, el modelo Estructural de Salvador Minuchin, el Estratégico de Jay Haley, el de Milán y Roma, del Constructivismo y Posmodernismo desde la perspectiva ecosistémica; consolidándose en un modelo que han denominado “Dinámico-Sistémico-Integrativo”.

Otros institutos creados en México para la formación en terapia familiar en México, son (Sánchez y Gutiérrez, 2000): la Universidad de las Américas (UDLA), la que en 1980 creó la maestría en orientación familiar, encabezada por Miren Izaurieta, Martha Pardo y María Luisa Velasco; el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), fundado en 1984 por el doctor Ignacio Maldonado, sustentado en un marco analítico, sistémico y social; el Instituto PERSONAS, fundado en 1980 por los doctores Anatolio Freidberg, José Lichtein y Dolores Villa, siendo sus modelos conceptuales la terapia existencial, la estructural, sistémica, de Milán, de Andolfi, del MRI y de Ackerman; el Instituto de Terapia Familiar Cencalli (antes Instituto Cencalli), creado en 1987 por la doctora María Luisa Velasco de Torres, con un enfoque estratégico estructural, de Milán y de la comunicación; con énfasis en el enfermo crónico, las adicciones y el fracaso escolar; Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB), creado en 1986 por la doctora Mary Blanca Moctezuma, basado conceptualmente en el MRI de Palo Alto, Instituto Superior de Estudios para la Familia, fundado en 1992 por el doctor Alberto Castellano, cuya formación se centra en el estudio de las disciplinas sociales y los valores fundamentales de la familia; la especialidad en Terapia Familiar creada en la Universidad Nacional Autónoma de México en 1989 por Luz de Lourdes Eguiluz, Rosario Espinosa y Susana González (Eguiluz, 2004) y el Instituto Mexicano de la Pareja (antes Instituto Mexicano de la Familia) creado por Mariano Barragán y Luz Teresa Millán en 1975.

Otros institutos creados son (Eguiluz, 2004): Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol (en México y Morelos, creado por Javier Vicencio en 1990); el Grupo de polanco ó campos elíseos (por Sylvia London, Margarita Tarragon, Elena Fernández e Irma Rodríguez de Punski); el Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI, fundado en 1997 por las doctoras Patricia Cadena Valverde y por

Cristina Riveros), mismo que desde 1998 es representante del MRI de México; entre otros.

Se enlistan enseguida algunos otros acontecimientos que ha favorecido del desarrollo de la terapia familiar en México:

- ✓ En 1981 se fundó la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) enfocada a la difusión de la terapia familiar, revisión de programas, difusión y publicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- ✓ En la década de los 80s. en la ciudad de Guadalajara se presenta el Congreso Mundial de Terapia Familiar (Eguiluz, 2004).
- ✓ En 1986 se realiza el primer congreso de terapia familiar en México (Eguiluz, 2004).
- ✓ En 1988 se publica la primer revista de terapia familiar en México titulada *Psicoterapia y Familia*, siendo la editora Rosemary Eustance Jenkins (Eguiluz, 2004).

Finalmente, la terapia familiar es una disciplina relativamente joven en México, debido a que evidenció su aparición a partir de la creación del primer colegio en terapia familiar en México, fundado en 1972 por Raymundo Macías; fecha a partir de las cual se han cimentado otras escuela con similares raíces epistemológicas (sistémicas y posmodernas), algunas de las cuales también han integrando en la práctica clínica enfoques de naturaleza diferente como el jungiano, filosófico y psicoanalítico; lo que les provee de innovación y de especificidad.

Al igual, la terapia familiar en México ha evolucionado paralelamente al desarrollo de la terapia familiar en otros países del mundo, lo que sugiere una importante disposición de los dirigentes y miembros del movimiento en terapia familiar por invertir recursos para compartir y recibir información a nivel mundial en dicha disciplina; lo que indudablemente continuará contribuyendo en el desarrollo de la terapia familiar en México.

### **1.3 Principales Problemas que Presentan las Familias en México**

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar, 2003) reporta que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos, de acuerdo al DSM-IV y el CIE-10, encontrándose entre los más frecuentes: el trastorno de ansiedad (14.3%), de uso de sustancias (9.2%) y afectivos como la depresión (9.1%).

Entre los factores de riesgo que elevan los índices de trastornos mentales se consideró, aquellos que tienen que ver con el Sistema Familiar y las Instituciones Sociales en que se encuentra inmersa la familia; sobre los cuales se puede incidir para disminuir la tasa de trastorno mental.

Diversos estudios de Salud Pública revelan la importancia de brindar apoyo a los adolescentes y adultos jóvenes que atraviesan por crisis familiares y personales. A continuación se exponen algunas de estas investigaciones.

De un estudio de la representación social de 57 adolescentes, usuarios de drogas ilegales que acudían a tratamiento a CIJ (Centros de Integración Juvenil) de Guadalajara; se encontró que el consumo estuvo asociado a la sensación de soledad y percepción de un ambiente familiar poco cálido, de lo que se descubrió que la droga alivia el estrés por dicha situación (Nuño y Flores, 2004).

De la Peña-Olvera (2003) en un estudio multifactorial en adolescentes con Trastorno Disocial<sup>1</sup>, encontró que entre los factores críticos que aumentan la incidencia de dicho trastorno están una inadecuada y confusa relación paterno-filial en el niño, abuso y negligencia por parte de sus cuidadores, familias numerosas y con ninguna ó poca cohesión; bajo nivel socioeconómico y factores comunitarios, tales como ambientes con elevada criminalidad y pobre énfasis en la formación académica, así como políticas por las que se destinan escasos recursos materiales y humanos destinados a la enseñanza.

Otro estudio realizado por González, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002), mismo que analizó los datos censales obtenidos en la Ciudad de México, indican que la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes fue de 8.3 (N=849) y que en 2000 se incrementó a 9.5% (N=1009). Al igual se reporta que los jóvenes con alto riesgo suicida exponen como principal motivo para llevar a cabo el intento suicida “los problemas familiares, que en su conjunto se refieren a conflictos con los padres, como maltrato, violencia, humillaciones y castigos; el segundo motivo, correspondió a la esfera emocional, principalmente por sentimientos de soledad, tristeza y depresión”(p. 8).

Así también, Rivera y Andrade (2006) realizaron una investigación del patrón de suicidios y de intentos suicidas, en 263 adolescentes de una escuela pública y otra privada del Distrito Federal, a partir del cual encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva y en la ideación suicida con relación a su ambiente familiar, en el que son cruciales la unión y apoyo, además de una adecuada expresión de emociones y percepción de dificultades en el mismo; así como en el ambiente social e individual, en el que son relevantes los recursos afectivos, cognitivos y de red de apoyo.

Se investigó en 254 mujeres con síntomas de depresión que acuden a centros de salud comunitarios del D.F, la influencia del apoyo social y los sucesos vitales sobre los síntomas de depresión en una intervención psicoeducativa para la depresión. De lo que se encontró una correlación significativa entre los siguientes sucesos vitales y la depresión: dificultades para educar a los hijos, cambios en la frecuencia con que ven familiares, enfermedad de un familiar y enfermedad personal. Por otra parte, el no disponer del apoyo de una persona se asoció de manera significativa con síntomas de depresión; en el caso de tener una pareja ó no, no se asoció a depresión y también se

<sup>1</sup> El TD es definido en el DSM-IV, como un patrón repetitivo y persistente en el que se violen los derechos básicos de otras personas ó normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de 3 ó más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses: agresión a personas ó animales, destrucción de la propiedad de otros, fraudulencia y robo, violaciones graves de normas, deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral (se aplica a menores de 18 años).

encontró que a menor número de apoyos sociales se incrementa la severidad en los síntomas de depresión. La mayor depresión se asoció con quienes tenían hijos entre 12 y 18 años de edad. Los estudios muestran que los casos que menos se benefician de las terapias son aquellos que están menos satisfechos con el apoyo social con el que cuentan y los que presentan más sucesos vitales antes de la intervención. Por lo que los investigadores proponen desarrollar programas educativos, en los que se aborden temas importantes para las familias, como el relacionado a la educación de los hijos, (Lara, Navarro, y Navarrete, 2004)

Se estudiaron a 204 adultos de una comunidad urbano marginal de la ciudad de México, con el objetivo de conocer sus padecimientos emocionales, a quienes recurren para enfrentarlos y sus expectativas de atención. Los resultados sugieren que la falta de una red de apoyo social es una condición que comparten los informantes debido a diversos factores como la lejanía geográfica de familiares. También se encontró que las mujeres si les es posible recurren por apoyo a la familia nuclear y a la familia de origen; mientras que el hombre recurre a pareja.

Ante la carencia de redes de apoyo, el autocuidado es otra estrategia que emplean las mujeres en un afán de sentirse mejor; mientras que los hombres buscan “alivio” en el consumo de alcohol para liberarse de los problemas cotidianos, como el desempleo. También, se encontró que los hombres imponen a sus parejas una norma no escrita que consiste en “estar encerrada, dedicada a la casa y a sus hijos, para evitar problemas”, cuya transgresión se traduce en violencia, lo que a su vez aumenta el malestar emocional de la mujer. Los autores concluyen la importancia de considerar las diferencias de género en cualquier estrategia de intervención. (Mora-Ríos e Ito Sugiyama 2005).

Un estudio realizado por Híjar, Flores, Valdez y Blanco (2002) en instituciones de salud pública; reveló que las lesiones intencionales graves (N=598) correspondió a Violencia Familiar (la lesión más frecuente fueron fracturas en cara y cráneo), siendo el sexo femenino el más afectado (un 76%), reportan también que las mujeres afectadas presentaron: a) antecedentes de lesiones previas, b) el hogar como lugar de ocurrencia y c) la pareja como el agresor en el 74% de los casos. Los hallazgos referidos son consistentes con lo hallado en otros estudios, tanto a escala internacional como en el ámbito nacional, y reflejan las condiciones de inequidad en las que se dan las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Unicef y el Instituto de la Mujer (Inmujer), reportan que el 46.55% de las mujeres sufrieron en su hogar por lo menos un incidente violento, lo que implica que en esos hogares niñas y niños están expuestos a la violencia. La Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar realizada en 1999 en el área metropolitana de la Ciudad de México, realizado por el INEGI precisa que en uno de cada tres hogares ha vivido maltrato emocional, intimidación, abuso físico o abuso sexual. Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF) estima que 8 de cada 10 niños sufren maltrato. Datos preliminares de una muestra representativa de mujeres que asistieron a centros de salud en el D.F., muestran que el 42 por ciento sufre

maltrato emocional, 32 por ciento maltrato físico, 14 por ciento maltrato sexual y un 17 por ciento presenta algún tipo de maltrato durante el embarazo.

Información aportadas por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, informa que solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención. Así también se espera que los índices de enfermos se incrementen debidos a problemas relacionados a la pobreza, la violencia y el aumento en el abuso de drogas, (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar, 2003). Ello sugiere la importancia de la formación de especialistas eficaces para enfrentar tales problemáticas, así también, se requerirá que las próximas políticas que contemplen la destinación de recursos para la creación de instituciones que ofrezcan servicios accesibles para los sectores más vulnerables de la población.

Los estudios referidos con anterioridad generan conciencia de la importancia de trabajar el tema relacionado a la inequidad de género, que es la que propicia y favorece las condiciones para la violencia hacia la mujer y los niños; así también se expone la importancia de generar redes de apoyo social para reducir los trastornos mentales, principalmente cuando las familias atraviesan por crisis situacionales y aquellas relacionadas al ciclo vital de la familia. Una de estas fuentes de apoyo es proporcionada por las instituciones y asociaciones civiles en pro de las mujeres.

Una de las principales intervenciones psicosociales para resolver la diversidad de problemas ha sido la Terapia Familiar con enfoque de sistemas, en ésta se trata de modificar patrones agresivos de comunicación, eliminar alianzas patológicas y favorecer el desarrollo de sus miembros interacción. También se ha sugerido la terapia cognitivo conductual y los programas psicoeducativos dirigidos a los padres ó cuidadores (Peña-Olvera, 2003).

Los presupuestos de la Terapia Familiar pretenden una intervención enfocada en el presente, favoreciendo el apoyo y participación de los miembros del sistema familiar y social que están inmersos en el mantenimiento del problema, orientada a la acción sobre problemas específicos y, en la medida de lo posible, definidos de tal forma que permitan su solución.

De los 4 casos clínicos que se atendieron en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM en el 2004-2005, en mi calidad de terapeuta encontré conflictivas generadas por la violencia de género, en las que se detectaron principalmente maltrato físico (3 de 4) y/o emocional (4 de 4) e infidelidad masculina (3 de 4), que considero afectaban significativamente el estado emocional y de salud de las pacientes; conforme a lo cual, considero que el tema relacionado a la inequidad de género es fundamental para abordar las problemáticas de las mujeres, ya que se ven afectadas las diversas áreas de su vida; por otra parte, el hombre tendría que ser integrado al trabajo terapéutico, lo que requerirá un proceso de sensibilización, ya que se considera que los asuntos de género no significan un problema para los hombres y de hecho no lo es del todo, ellos parecen más interesados en su rol de generados de recursos económicos y en su imagen masculina.

Los precursores de la Terapia Familiar Sistémica defendieron la influencia de las relaciones familiares en el mantenimiento de diversos padecimientos psiquiátricos como



la esquizofrenia, la psicosis y la anorexia nerviosa (Selvini, 1990). Por ende, la Terapia Familiar Sistémica defendió la importancia terapéutica de trabajar con la Familia para lograr resolver oportunamente los síntomas ó trastorno mental del Paciente Identificado.

El enfoque de Sistema en Terapia Familiar ha evolucionado, ello se aprecia en el paso de una Cibernética de Primer Orden a una de 2º Orden (Cibernética de los sistemas observantes), en la que el terapeuta se consideró copartícipe del proceso terapéutico, de ahí que factores, tales como su propia historia, tengan un impacto en la intervención (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Posteriormente, con el advenimiento del posmodernismo se dio especial importancia a los significados atribuidos a la experiencia en los procesos de conversación, dándose por ende un peso significativo al lenguaje en la interacción con los otros, así también se validó el derecho a la diversidad de significados asignados a una misma experiencia.

Así a lo largo del desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica se han generado diversos Modelos de Intervención, tales como: el Modelo Estructural, el Estratégico, de Milán, de Terapia Breve y de Soluciones; y dentro del Posmodernismo, los Modelos Narrativos y Colaborativos (Eguiluz, 2004).

## **2.- CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO**

### **2.1 Descripción del Centro**

El Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, se encuentra ubicado en el sótano del edificio D, de posgrado, con dirección en Av. Universidad 3004 (véase fotos 1 y 2).

El Centro cuenta con 12 cubículos para atención individual, 4 cámaras de Gesell (véase fotos de 7 a 9), cubículo para terapeutas, 1 cubículo para residentes de Medicina Conductual (foto 5), 2 oficinas para asuntos administrativos (Coordinación del Centro y



**Foto 1.** Edificio D, a la izquierda, bajando las escaleras se encuentra el Centro de Servicios Psicológicos



Foto 2. Entrada del Centro de Servicios Psicológicos

canalización de casos), sala de espera (foto 3), área de recepción (foto 4), cocina-desayunador (foto 6), cuarto de intendencia, sanitarios y un área común que conecta las diversas áreas (foto 10).



Foto 3. Sala de espera



Foto 4. Área de recepción



Foto 5. Cubículo para residentes



Foto 6. Cocina-Desayunador



Foto 7. Cámara de Gesell área de observación del equipo terapéutico



Foto 8. Cámara de Gesell, área de consulta del terapeuta y los pacientes



Foto 9. Cámara de Gesell, área de observación del equipo terapéutico

El espacio con mayor frecuencia de uso para la atención de las familias fue el de las cámaras de Gesell (véase foto 7 y 8). Éstas cuentan con circuito de televisión cerrado, de audio y vídeo, sillones, sillas y mesas que pueden adaptarse de acuerdo a las necesidades del tipo de terapia individual, de pareja y/o familiar (foto 9). La cámara está dividida por un espejo unidireccional; las dimensiones de las cámaras de Gesell varían, en promedio el área para observación (del equipo) tiene una capacidad para 20 personas y el área de consulta (para terapeuta y pacientes) tiene un espacio para 7 personas, aproximadamente.

El horario de atención del centro es de 8:30 a 19:00 hrs. Las actividades que realizan los residentes en Terapia Familiar se dividieron en dos turnos: matutino y vespertino; con una mayor demanda para la atención en horario matutino.





Foto 10. Área común del Centro de Servicios Psicológicos, a cuyos lados se encuentran las cámaras de Gessell y los cubículos individuales

Los servicios que se ofrecen en el Centro de Servicios Psicológicos son:

- Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas.
- Modificación de hábitos alimenticios
- Terapia individual
- Terapia infantil
- Terapia para adolescentes
- Terapia racional emotiva
- Atención psicológica para enfermedades crónico-degenerativas
- Terapia Familiar y de Pareja
- Práctica supervisada para licenciatura, servicio social y prácticas profesionales.
- Pre-consultas y canalizaciones externas
- Impartición de talleres como: Autoestima, manejo de estrés y taller para padres.

## **2.2 Análisis Sistémico de la Sede**

### **2.2.1 Explicación del trabajo y secuencias de participación del Escenario Clínico**

Las personas que solicitan terapia psicológica del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” establecen un primer contacto con la institución (véase diagrama 1, de las fases del proceso de atención) a través de 3 vías: a) telefónica; b) acuden personalmente ó son c) canalizados por terceras personas ó instituciones. En este primer momento se le provee al solicitante de la información referente a los requisitos y limitaciones de admisión. El ingreso de solicitantes se da durante todo el año, sin embargo cuando se presenta un sobrecupo del servicio se establecen periodos de admisión, los que le son precisados al solicitante.

Una vez que el solicitante acude por primera vez, es entrevistado por un psicoterapeuta, proveniente principalmente del área de Medicina Conductual, el que obtiene de

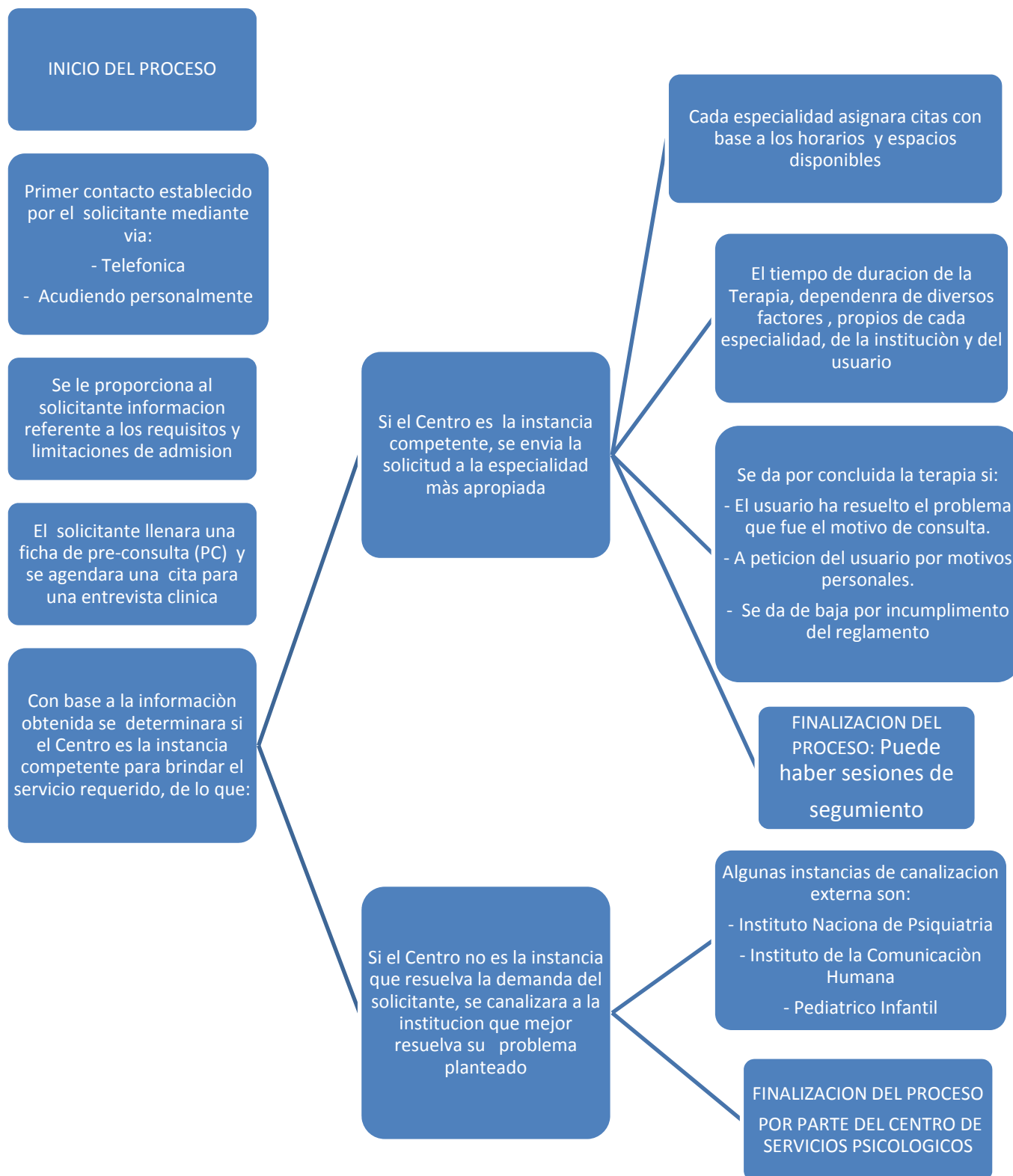
información a través de un formato estructurado, denominado ficha de pre-consulta (PC), este documento contiene información que es suministrada, para el caso de los primeros 4 rubros, por el solicitante, mientras que los subsiguientes rubros serán aportados por el terapeuta entrevistador, y se refieren a sus consideraciones clínicas:

1. Datos personales del solicitante: sociodemográficos y socioeconómicos.
  2. Descripción del problema: antecedentes generales e intervenciones clínicas anteriores
  3. Estrategias de solución
  4. Áreas afectadas por el problema (con base a una escala tipo Lickert)
    - ✓ Amistades
    - ✓ Laborales Familiares
    - ✓ Académicas
    - ✓ Sexuales
    - ✓ Salud
  5. Tipos de canalización (interna ó externa)
  6. Problemas presentados en la sesión
  7. Soluciones adoptadas
  8. Datos del entrevistador (nombre, residencia y supervisor)
- Esta información es suministrada por el solicitante*
- Esta información es proporcionada por el entrevistador*

En esta entrevista inicial, se incluye un formato que evalúa la presencia de síntomas psicosomáticos, que es llenado conforme a la escala tipo lickert.

Con base a las consideraciones clínicas del entrevistador en esta primera obtención de información, se plantean sugerencias por las que se determina si el Centro de Servicios Psicológicos es la instancia competente para brindar el servicio requerido, así como la especialidad más acorde en tal sentido (en el rubro *Descripción del Centro* se enlistan dichas especialidades) ; en caso afirmativo, la ficha de pre-consulta será enviada al área de especialidad para que con base a su propia organización y disponibilidad se programe una segunda cita para el inicio de la terapia referida. En caso de que el Centro de Servicios Psicológicos no sea la instancia más adecuada para satisfacer las demandas del solicitante, ó que de momento la capacidad de admisión del Centro este restringida por el sobrecupo, el solicitante será canalizado a la institución más apropiada a sus requerimientos de atención (en el subtema *redes* se muestra la lista de instituciones externas).

**Diagrama 1: Fases del proceso de atención del Centro de Servicios Psicológicos**



En el caso del área de Terapia Familiar, las citas son asignadas con base a los espacios, horarios disponibles. Las citas se programan semanal ó quincenalmente, cubriéndose un

promedio total de citas de 12-15 sesiones; lo que también depende de las necesidades y asistencia del solicitante, de la evolución del proceso de terapia, de los espacios y tiempos disponibles. El espaciamento de las sesiones se encuentra en función de los progresos observados por el cliente, terapeuta y/o equipo de terapia; ó a petición del cliente.

Cuando se vislumbra una próxima finalización del proceso de terapia, se programa una sesión de cierre, en la que se resumen al cliente, desde la visión del terapeuta y equipo terapéutico, los avances que logro y se le plantean sugerencias y/o comentarios pertinentes al caso; similarmente se le pide al cliente que evalúe el proceso de terapia, al terapeuta y equipo, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio; también se solicita la autorización del cliente para un seguimiento del caso, a seis meses de concluida la terapia, vía telefónica, por el que se pretende evaluar el mantenimiento del cambio y los progresos alcanzados en el tiempo.

### **2.2.2. Personal y Funciones**

Las funciones de pre-consultas son realizadas por los Residentes en Medicina Conductual, mismos que se encargan de seleccionar a quienes recibirán terapia dentro del Centro de Servicios (con base al cupo) ó de canalizar a los diferentes programas de atención o instituciones externas.

Los profesores y supervisores adscritos, llevan a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos, de la atención psicológica que brindan los residentes de los diferentes programas de maestría.

La coordinadora del centro está a cargo de la organización, coordinación y asignación de espacios y horarios del centro. La encargada de “canalizaciones” es quien distribuye las solicitudes a los diferentes programas y servicios del centro para su atención. Y en algunas ocasiones, realiza atención psicológica emergente para personas que acuden en crisis al centro.

Los recepcionistas tienen bajo su responsabilidad atención y orientación de los solicitantes, de forma personal o telefónica; la distribución y canalización de las solicitudes para el servicio de pre-consulta; la recepción de llamadas telefónicas y recibos de pago, la elaboración de documentos administrativos, el cuidado y manejo del equipo de vídeo de las cámaras de Gesell y el acceso a éstas.

### **2.2.3. Redes**

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

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



#### **2.2.4. Funciones del Centro de Servicios Psicológicos (Centro Sede)**

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (véase esquema 2) ofrece formación supervisada para los estudiantes tanto de licenciatura, como de posgrado, en diferentes corrientes psicológicas. Se proporcionan servicios terapéuticos en forma individual, grupal, de familia ó pareja, y diferentes talleres a los estudiantes y trabajadores de la UNAM y al público en general y se cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

El Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISSE) realiza investigación, se apoya en la Formación de Profesionales y ofrece atención educativa y psicología especializada a personas con discapacidad intelectual e información, asesoría, canalización, terapias, diagnósticos, etc. a la comunidad en general, ello con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la de sus familias.

#### **2.2.5. Objetivos de los Programas del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (Centro Sede) y de la Clínica “Dr. Julián Mc.Gregor y Sánchez Navarro”**

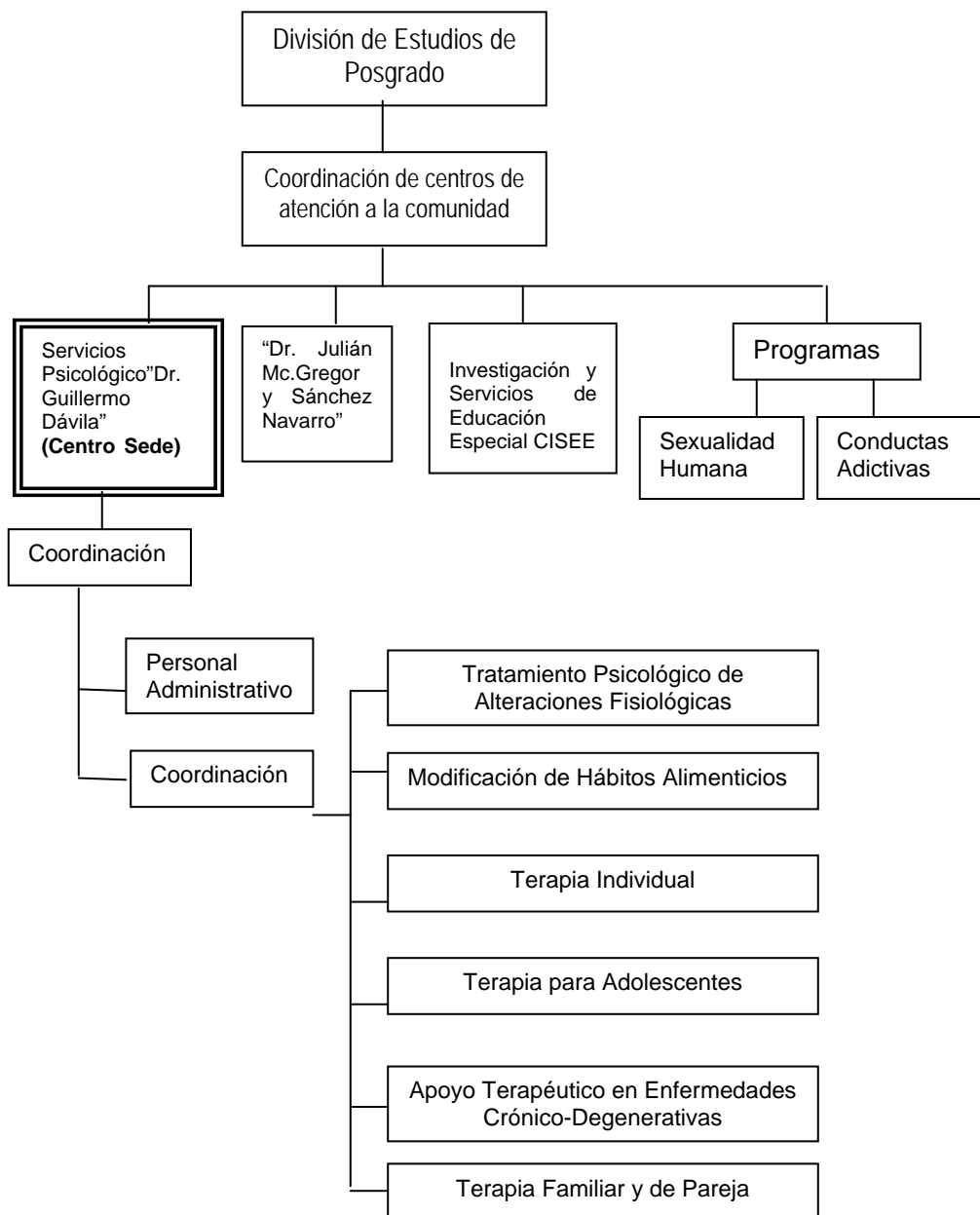
El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ofrece formación supervisada para los estudiantes tanto de licenciatura, como de posgrado, en diferentes corrientes psicológicas. Se proporcionan servicios terapéuticos en forma individual, grupal, de familia ó pareja, y diferentes talleres a los estudiantes y trabajadores de la UNAM y al público en general y se cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

La Clínica “Dr. Julián Mc.Gregor y Sánchez Navarro” otorga diferentes servicios psicológicos a la comunidad a través de diversos programas y actividades dirigidas a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad, en el área de adicciones, violencia pública e intrafamiliar, conservación del medio ambiente, hábitos (alimentarios, de higiene, consumo de medicamentos, de comunicación), problemas escolares (deserción, aprendizaje, ambientes escolares, analfabetismo funcional), sexualidad y salud reproductiva, participación ciudadana y cultura cívica, problemas en las relaciones familiares; todo esto, tanto a nivel preventivo como de intervención.

El programa de Sexualidad Humana tiene el objeto de formar a las y los alumnos en los conocimientos teórico, conceptuales y prácticos para desarrollar una educación de la sexualidad liberadora, responsable y participativa, dentro de una permanente revisión de sus actividades a fin de aceptar su propia sexualidad y las de los demás, promoviendo con esto la salud sexual.

El programa de Conductas Adictivas proporciona servicios de enseñanza, investigación, prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) a estudiantes y trabajadores de la UNAM.

**Esquema 2:** Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (Centro Sede)



## II. MARCO TEÓRICO

### 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

En sus principios la terapia familiar carecía de un paradigma de conocimiento, delimitado conceptual y técnicamente. Las primeras aportaciones provinieron de teorías psicoanalíticas y psicodinámicas, las que después de un período de aplicación en las instituciones psiquiátricas, resultaron inoperantes a nivel de la práctica clínica (Selvini 1990).

Una de las limitaciones de la visión psicoanalítica consistió en que al concebir que las tendencias básicas de todo organismo era la satisfacción de necesidades ó a la reducción de tensiones, no considero los terrenos del juego, exploración, creatividad y autorrealización que también se infieren en la conducta humana, así también, no contempló los logros particularmente humanos –principalmente los que se designan como “cultura humana” (Bertalanffy, 1991, p. 111).

Los primeros fundamentos teóricos de la Terapia Familiar Sistémica se encuentran en la Teoría General de Sistemas y la Cibernética; posteriormente, la Teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética de Segundo Orden y los Modelos derivados de la Posmodernidad.

#### 1.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

##### 1.1.1. Teoría General de Sistemas y la Cibernética

###### ❖ Antecedentes

Las dos influencias teóricas más importantes en la terapia familiar sistémica fueron la Teoría General de Sistemas, creada en 1937 por el biólogo von Bertalanffy, y la cibernética; las que constituyeron propuestas epistemológicas que formaban parte de una atmósfera creativa interesada en la construcción de modelos y construcciones abstractas de la época (Bertalanffy, 1991).

La Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1991, p. 94), introdujo el concepto de *sistema*, suministro los principios epistemológicos para comprender y explicar la patología familiar, el término *sistema* se refiere al “complejo de componentes interactuantes, regidos por principios de totalidades organizadas, tales como: interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalidad”. La innovación de la Teoría General de Sistemas consistió en que incluyó conceptos, tales como organización, directividad, teleología, que no estaban considerados en el sistema clásico de la ciencia. Por su parte, la cibernética propone el principio de retroalimentación ó de líneas causales circulares en la conformación de metas y del comportamiento autocontrolado.

Los primeros trabajos de cibernética fueron efectuados por Norberth Wiener, mismo que se interesó en los procesos de corrección de la desviación de la media, es decir, en la

retroalimentación negativa; defensor de la entropía como principio rector del orden y la edificación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### ❖ **Principios y Presupuestos de la TGS y de la Cibernética en la Terapia Familiar**

Ochoa de Alda (1995) plantea los conceptos y principios derivados de la teoría general de sistemas y de la cibernética en la terapia familiar sistémica, los que se enuncian enseguida:

- Un *sistema familiar* se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo.
- La noción de pertenencia está dada por unos *límites*, lo que funcionan como líneas de demarcación –individualizado un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas ó subsistemas.
- Los *límites* pueden ser *extrasistémicos*, es decir aquellos que delimitan al sistema con el medio externo, ó *intrasistémicos*, estos últimos definidos como aquellos que separan ó relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio.

Además, propone que el *sistema* tiene siguientes *propiedades*:

- a) *Totalidad*.- la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos.
- b) *Causalidad circular*.- este principio describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas, repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencias de conducta. Al hablar de *secuencia sintomática* se hace alusión al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma regulada por la causalidad circular.
- c) *Equifinalidad*.- alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas
- d) *Equicausalidad*.- se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- e) Los principios de *equifinalidad* y *equicausalidad* implica que el enfoque estructural se funda en el aquí y ahora; en el qué, cómo y cuándo de las interacciones.
- f) *Limitación*.- implica que cuando se establece una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.
- g) *Regla de relación*.- implica la necesidad del sistema de definir cuál es la relación entre sus componentes, lo que incluye el encuadre de la conducta en la comunicación.
- h) *Ordenación jerárquica*.- en toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer.
- i) *Teleología*.- se refiere a que el sistema familiar se adapta a las diversas exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros.

Con respecto a la cibernética, esta propone que los sucesos están organizados como en un proceso de retroalimentación recursiva y homeostática; así una conducta sintomática

será considerada parte de una secuencia recursiva dentro del comportamiento y la experiencia del individuo (Keeney, 1987).

La cibernética propone también dos reglas básicas para diferenciar un sistema cibernético: a) debe percibirse la organización recursiva (tiempo, lugar, personas, etc. en un antes/en/después) y b) debe poseer una estructura de retroalimentación, o sea, su proceso recursivo debe incorporar la autocorrección (Keeney, 1987; p. 135).

Sánchez y Gutiérrez (2000) enuncian los siguientes principios básicos de la Teoría de Sistemas en la terapia familiar:

1. Un *sistema familiar* es una unidad organizada conforme a sus propias reglas, esta organización se rige por la predicción y la consistencia; la conducta individual es entendida en función de su interacción con el sistema.
2. La *estructura sistémica familiar* está formada por subsistemas; dentro de la que existen jerarquías, las que delimitan los subsistemas, sus obligaciones y sus responsabilidades, así como sus fronteras y división entre subsistemas.
3. Los patrones que dirigen al sistema familiar son circulares; la familia es, por lo tanto, un sistema de retroalimentación continua donde el comportamiento se ve recíprocamente influido.
4. El sistema familiar mantiene su estabilidad por el mecanismo de homeostasis positiva y negativa. Lo que implica que las familias son sistemas abiertos se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
5. La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos.

#### ❖ **Meta de la terapia desde la teoría general de sistemas y la cibernética**

La meta de la terapia estuvo encaminada a interrumpir la homeostasis y promover el cambio; la labor del terapeuta consistía en asistir a la familia para aceptar las exigencias de las presiones externas, los puntos de transición, las etapas de desarrollo y el cambio mismo (Anderson, 1997).

Por otra parte, la cibernética implica una visión ecológica, conforme a lo cual, Keeney (1987) propone que para disminuir los riesgos se evalúen los efectos de la intervención terapéutica dentro de un proceso cibernético simple; y que se aborden los efectos correspondientes a órdenes superiores del proceso cibernético, conectados como partes de una ecología total; así para este paradigma, los síntomas son indicaciones de toda una ecología de relaciones, y por ende debe ser examinadas para determinar su impacto. (Keeney, 1987)

Las limitaciones teóricas del paradigma cibernético consistieron en que no pudo incorporar los conceptos de crecimiento y cambio en la visión sistémica de la familia (Anderson, 1997); debido a su tendencia a concebir a los sistemas vivientes en función de la estabilidad y el control, y no del cambio y evolución. Así también los sociólogos, sostienen que dicho paradigma pasó por alto aquella clase de estabilidad que depende del cambio y es consecuencia de este.

Otra limitación que se aprecia tiene que ver con el planteamiento de la cibernética de primer orden, quien concibe al observador fuera del sistema observado, y por

consiguiente la implicación de colocar a los participantes en categorías definitivas, como observador-observado, paciente-terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Hoffman (1992, p.33) cuestiona a aquellos enfoques regidos por principios cibernéticos, como el propuesto por los asociados de Milán, y aún versiones más flexibles de terapeutas ericksonianos, por “mantener al cliente a distancia y porque el terapeuta no comparte su pensamiento”, agregando que sus métodos estaban basados en el “secreto, la jerarquía y el control”. Por otro parte, se critica la posición del terapeuta como experto, operando como un observador externo independiente y, por lo tanto, jerárquicamente superior al sistema (Anderson, 1997).

### **1.1.2. Teoría de la Comunicación Humana**

Otra de las teorías más importantes que contribuyeron a la conformación del marco conceptual de la terapia familiar sistémica es la Teoría de la Comunicación Humana, cuyo principal creador es el antropólogo Gregory Bateson, el que planteó el concepto de “doble vínculo” al observar la interacción que se reproducía entre un hijo esquizofrénico, internado en una clínica psiquiátrica, y su madre; basándose en los “tipos lógicos” de Rusell<sup>1</sup>, a partir de la cual Bateson (1991) describe una situación relacional, en la cual “una persona haga lo que haga, no puede ganar”, quedando atrapados los participantes en la propia paradoja de la lógica del lenguaje, agrega que en la patología de las comunicaciones la discontinuidad en los tipos lógicos “se quiebra de manera continua e inevitable” (p. 232).

Bateson (1991) formula los ingredientes necesarios para que tenga una situación de doble vínculo; de lo que precisa una situación recurrente generada en ese primer vínculo primario de madre-hijo, caracterizada por un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo, así como la emisión de dos mandatos contradictorios y un tercero mandato que prohíbe escapar del campo y metacomunicarse. De lo que sostiene que la *psicosis* parece ser una manera de manejar las situaciones de doble vínculo para superar su efecto inhibitorio y controlador.

Bateson subordina la comunicación de “doble vínculo” a una función homeostática familiar, debido a que esta promueve la seguridad de la madre; en este sentido esta teoría mantiene una postura cibernética.

Del equipo fundado por Bateson en su proyecto de la comunicación, sus integrantes Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) proponen la pragmática de la comunicación humana; esto es, analizan los efectos de la comunicación en la conducta dentro de su contexto; en la que precisan 5 axiomas de la comunicación<sup>2</sup> y su relación con los trastornos que pueden desarrollarse; dentro del cual se incluyen las paradojas, que son “contradicciones que resultan de una deducción correcta a partir de premisas

<sup>1</sup>La tesis central de la teoría de los tipos lógicos es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros; la clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, dado que el término empleado para la clase es de un *nivel de abstracción diferente* –un tipo lógico diferente– (Bateson, 1991, p. 232).

congruentes”. Precisan que las paradojas tienen una importancia pragmática ya que “no solo pueden invadir la interacción y afectar nuestra conducta y nuestra salud mental, sino que también pone a prueba nuestra creencia en la congruencia”; así en la práctica terapéutica tienen un potencial significativo (p.173).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) fundamentan su teoría de la pragmática de la comunicación humana; en los conceptos de información, retroalimentación negativa y positiva, estabilidad y cambio; pertenecientes al marco conceptual de la cibernética.

Dentro de este marco explicativo, el paciente viene a ser esencial para la estabilidad del sistema familiar, aunque ello sea un tipo indeseable de estabilidad.

La teoría de la comunicación humana, sentó las bases para la comprensión de la comunicación en las relaciones, principalmente las catalogadas como patológicas, sin embargo conservó las limitaciones de la cibernética (Anderson, 1997).

Otras consideraciones de las limitaciones de las teorías de la comunicación y juego, fueron propuestas por Cecchin (1992), quien sostiene que sus limitaciones se encuentran en: a) una visión de la familia como sistemas mecánicos regulados por realimentación, ya que algunos sistemas humanos no denotan conducirse así; b) considerar que la intención de la familia en los juegos era la de ganar y que por ende, el sistema terapéutico debía ganar para persuadirlos de poner fin a su lucha de poder; c) por consiguiente, la relación terapéutica no era de cooperación, sino de confrontación; y d) la creación indiscriminada y excesiva de paradojas, lo que en sesiones didácticas generó confusión en los alumnos. Esto forzó al equipo de Milán a tomar diferentes ideas de Bateson para salir del impasse.

### **1.1.3. Metáfora de los Sistemas Sociales**

Paralelo al paradigma de la comunicación humana, se desarrolló la metáfora de los sistemas sociales, con la influencia de la teoría sociológica, misma que colocó a los seres humanos en “contextos concéntricos, progresivamente complejos en su organización, que impone un orden social”; manteniendo con ello la idea sistémica y cibernética de función, estructura, estabilidad, orden y control (Anderson, 1997, p.49).

Desde dicha visión sociológica, Arlene Daniels (citado por Hoffman, 1987) propone que los “desviados ó chivos emisarios de un grupo”, ocupan el centro del escenario en aquellos grupos en los que se fomentan las expresiones de angustia y de hostilidad; cumpliendo la función de edificar una moral ó de mantener un sistema que ya no es viable para que siga funcionando largo tiempo después de que debió extinguirse.

<sup>2</sup> Axiomas de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991, pp. 49-70):

- a) No es posible no comunicarse
- b) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, que el segundo clasifica al
- c) primero, y es, por ende, una metacomunicación.
- d) La naturaleza de una relación depende de las secuencias de comunicación entre los comunicantes
- e) Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente
- f) Todos los intercambios comunicacionales son simétricos ó complementarios, según que estén basados en la igualdad ó la diferencia

La implicación de la metáfora de los sistemas sociales es que deposita la responsabilidad de la psicopatológica en la estructura y en la organización social, lo que anula las posibilidades y la creatividad de sus miembros que emergen en la conversación (Anderson, 1997).

Así también, desde la visión de Heinz von Foerster (1998, p. 143), la visión de que la persona es “actuada por fuerzas sociales, culturales, económicas, familiares e inconscientes, le resta responsabilidad”, lo cual tiene una implicación social y ética.

#### **1.1.4. Cibernética de segundo orden**

Una contribución teórica importante, que amplió la visión de la terapia familiar sistémica, es la Cibernética de Segundo Orden, misma que surge cuando algunos pensadores y filósofos, como Einstein, Derrida, Wittgenstein, cuestionan el dualismo sujeto-objeto; defendiendo la idea de que los observadores influyen e interpretan lo que estudian, lo que generó un nuevo principio epistemológico que Heinz von Foerster llamó *Sistema Observante*; y que en la terapia familiar se conoce con el nombre de *Cibernética de Orden Segundo ó Cibernética de la Cibernética* (Anderson, 1997).

Keeney (1987, p. 148) defiende el concepto de “Sistemas Observante” en la cibernética, sosteniendo que “la epistemología del terapeuta contribuye a determinar la relación que mantiene con el sistema tratado por él, y que también los sistemas tratados afectan siempre al terapeuta”. Así en la cibernética de segundo orden se considera al observador como parte de la realidad observada y no como un organizador de la misma; también denominada “Cibernética de los Sistemas Observantes”.

Desde la cibernética de segundo orden, el terapeuta intentará introducirse sutilmente al mundo de la familia; generándose un modelo de terapia neutral, sin jerarquías, con respetuosas aportaciones por parte del terapeuta; los descubrimientos y los cambios que se generan de este proceso terapéutico son logros de la familia consultante en interacción discursiva con el terapeuta, resultado de su propio esfuerzo y cohesiones, de involucrarse en sus diálogos, sus historias, sus fuerzas, sus recursos y significados (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### **1.1.5. Constructivismo**

En el constructivismo se le da un peso fundamental a las estructuras biológicas del sujeto cognoscente, al concepto de mente constructora individual y a la noción realidad adaptativa en la construcción e interpretación de realidad; sus precursores más importantes son Maturana, Varela, Mead, Segal, von Foerster; von Glasersfeld y Watzlawick (Anderson, 1997).

Desde la visión del constructivista Heinz von Foerster (1998, p. 143), “los sufrimientos humanos nacen de las dinámicas fisiológicas que sobrevienen en el curso de un sistema



de conversación repetido; agrega que el sufrimiento humano nace en la conversación y desaparece en la conversación”; de lo que “no niega la alineación” sino que la relativiza”.

Maturana (1998, p. 144) sostiene que “si la conciencia cambia nuestro cuerpo es debido a la implicación fisiológica de la utilización del lenguaje”; agrega que “el observador emerge en el proceso de observar el acto de observar y que, cuando hablamos del observador, hablamos de la observación del acto de observar; precisa que para emerger como observadores debemos desarrollar la comprensión en una reflexión sobre el lenguaje y sobre el papel que cumple en el acto de ver lo que no vemos; de lo que se suceden cambios fisiológicos”.

Ernst von Glasersfeld (1998, p. 164) desde esta visión constructivista afirma que “autoorganizamos el mundo que organiza nuestra manera de mirar el mundo y la manera en que nos comportamos en este mundo, porque repetimos lo que fue exitoso y retenemos de los actos pasados lo que conduce al éxito”; agrega que “si definimos el conocimiento como un cuadro del mundo exterior, dicha pretensión carece de esperanza”.

En lo que refiere a la autorreferencia del observador, Guattari (1998, p. 167) asevera que “no se puede eliminar la autorreferencia; ya que desde el momento en que se la introduce en una cartografía, tiende a modificar desde su propio ángulo la visión que se puede tener del sistema” por lo que “no hay observador sino disposición para observar”; precisa también que “lo que parece fundamental en esta problemática de la emergencia del observador es tener en cuenta este hojaldre de subjetividades”.

Stengers (1998, p. 172) asevera que “sabemos que el hombre observa, construye, interpreta el mundo, que estamos en un mundo de mapas, un mundo que no es donado sino que construimos activamente; así, agrega, un individuo aislado construye su mundo, el no es el autor de la obra, no es un observador el que emerge, es un participante que puede, a veces, tomarse como un observador”.

Al comprar el constructivismo con el construccionismo social, se afirma que ambas epistemologías se oponen a la idea “modernista” de un mundo real; sin embargo, el constructivismo defiende la idea de “un sistema nervioso como una máquina cerrada, en el que las percepciones y constructos se forma cuando el organismo se enfrenta con su entorno”; mientras que para el construccionismo social “las ideas, los conceptos y los recuerdos se originan del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje” (Hoffman, 1992, p. 26).

En el constructivismo al considerar que el conocimiento es producto de la interacción del individuo con su entorno, deja de lado la influencia determinante que los discursos sociales tienen en el individuo, en lo que piensa de sí mismo, en la forma de interpretar la realidad y en cómo percibe a los otros y es percibido por estos; al igual, reduce la comprensión al no reconocer el impacto individual que tienen los imponentes sistemas de creencias dominantes, controlados por grupos ó líderes particulares, como los que se gestan en la economía política, la religión, la comunidad de origen, etc.

### ❖ **Implicaciones de los fundamentos sistémicos en la terapia familiar**

En un inicio el paradigma dominante de la terapia familia sistémico estuvo influido por algunas premisas de la modernidad (movimiento epistemológico fundamentado en la ciencia, que sostiene que mediante la observación sistemática y el método científico es posible alcanzar paulatinamente el conocimiento verdadero) algunas de ellas son planteadas por Anderson (1997), se enlistan enseguida:

- a) Postula una relación terapéutica entre un experto y alguien que no lo es y suponen que una persona puede cambiar a otra, ó por lo menos influirla para que cambie.
- b) El terapeuta es un experto en contenidos ó historias humanas, en cómo deberían ser contadas ó estructuradas, recontadas y reestructuradas, desde la visión del discurso social dominante.
- c) Desestima el lugar del cliente como parte del círculo de significado, y hace que la construcción de significado ocurra en una esfera universal en lugar de local
- d) Los terapeutas son especie de tablas rasas ó pantallas en blanco
- e) El terapeuta es negociado ó árbitro de diferencias, por lo que confronta ó señala diferencias.
- f) Son descriptores, explicadores e intérpretes de las acciones.
- g) Actúan con base a una receta que dota de certidumbre al proceso terapéutico.

Hoffman (1992) reflexionando sobre la modernidad, precisa que este movimiento está gobernado por lo que denominó “vacas sagradas para la psicología moderna” (p. 28), dos de las cuales se considera influyeron en la conformación de las premisas de la terapia familiar sistémicas, estas son la *psicología del desarrollo* y los *niveles*<sup>3</sup>.

### **1.2 Fundamentos de la Terapia Familiar Posmoderna**

En este apartado se realiza una exposición de las raíces posmodernas de la terapia familiar, analizando sus premisas, precursores, corrientes y sus implicaciones en la terapia familiar; al igual se incluye un cuadro comparativo de estas dos raíces fundamentales de la terapia familia: sistémicas y posmodernas.

#### ❖ **Antecedentes**

La posmodernidad no es un periodo histórico ni una tendencia cultural-política, es un movimiento que inaugura “el cambio del desplazamiento de la tradición racionalista, que siempre busca tener la razón, hacia la tradición de los razonable, que pretende aceptar la pluralidad de culturas y discursos, cuestionando la verdad única” (Sánchez y Gutierrez, 2000; p. 162).

El discurso posmoderno proviene de dos ámbitos filosóficos, el *russeliano*, con algunos representantes como Barthes, Lacan y Derrida, y el modernista, con precursores como Foucault, Lyotard y Deleuze, inspirados por Nietzsche (Sánchez y Gutierrez, 2000).

A partir de 1990 el posmodernismo en la terapia familiar evolucionó de los conceptos de las teorías estructural y estratégica; posteriormente se inspiró en el constructivismo y la hermenéutica; en los que la familia y el terapeuta establecen una participación más activa en la conversación, en donde se aceptan la realidad de la familia y sus historias, así el terapeuta deja de ser el experto para colaborar junto con la familia (Sánchez y Gutierrez, 2000).

Una visión de la evolución del paradigma familiar sistémico es propuesto por Hoffman, quien sostiene que la cibernética de segundo orden y el constructivismo, sentaron las bases para la generación de lo que llamó “paradigma evolutivo”, el que plantea que el cambio sistémico aparece “azaroso, impredecible, discontinuo y conduce siempre a niveles más altos de complejidad”; dando mayor importancia al proceso sobre la estructura; y a la flexibilidad y el cambio, sobre la estabilidad (Anderson, 1997).

Con el desarrollo de la cibernética de segundo y el resurgimiento del constructivismo; cuyos precursores más importantes son Maturana y Varela; Mead; Segal; von Foerster; Von Glasersfeld; Watzlawick se comienzan a sentar las bases para un cambio paradigmático de la modernidad a la posmodernidad (Anderson, 1997).

El paradigma de terapia familiar posmoderna se centró en las conductas, la comunicación, el lenguaje y las creencias; reconociendo la contextualización de la conducta humana y comprendiendo al individuo en relación con otros (Anderson, 1997).

Hoffman (1992, p. 25) afirma que el posmodernismo, ó posestructuralismo en la terapia familiar significó “una ataque a la visión cibernética de la familia como un sistema homeostático”, precisa que como las ideas posmodernas surgieron de pensadores insertos en el ámbito de la semiótica y crítica literaria, fue más común escuchar el uso de términos del campo, como narración ó texto, de las ciencias sociales. De lo que agrega que algunos terapeutas familiares como Harlene Anderson y Harry Goolishian abandonaron la cibernética y se desplazaron a la hermenéutica ó “giro interpretativo” que es una rama de la interpretación textual recientemente resucitada (Hoffman, 1992, p. 25). La hermenéutica filosófica contemporánea se ocupa de la comprensión de significados y la interpretación de un texto ó discurso (Anderson, 1997).

<sup>3</sup> Hoffman (1992, p. 28-30) reflexionando sobre la modernidad propone que este movimiento dentro de la psicología moderna tiene “cinco vacas sagradas”, estas son: a) la investigación social objetiva, que defiende la aplicación de una investigación científica para alcanzar la “realidad social” empleando tests, estadísticas y coeficientes de probabilidad; b) la existencia del “yo” como “un tipo de realidad interna irreductible, representado por expresiones como cognición ó las emociones”; c) la psicología del desarrollo, que sostiene la existencia de pautas universales en el desarrollo humano y partir del cual puede valorarse la normalidad y funcionalidad; d) las emociones, que defiende la idea de las emociones “como rasgos perfectamente distintos y que son las mismas en todo el mundo”, al igual, su expresión es crucial en la superación de la enfermedad mental; y e) los niveles, que enfatiza la idea de que dentro de los hechos humanos existen capas jerárquicas de estructura, en la que los componentes superiores tienen mayor influencia en los inferiores. Agrega Hoffman que una supervaca sagrada de la modernidad, se da en la naturaleza de la relación profesional, principalmente “en aquellas relaciones de dominio y sumisión en la práctica profesional de la psicoterapia” (p. 32).

Desde una visión histórica, Cecchin (1992) considera que se dio un cambio lento pero permanente de una epistemología basada en principios cibernéticos a otra fundada en la idea de que las relaciones humanas se generan a partir de relatos originados socialmente. Precisa que el modelo de Milán atravesó por 3 etapas, las que trazan ese paso de los principios de la modernidad a la posmodernidad; dichas etapas se describen a continuación:

1. De la energía a la información.- constituye la sustitución de la teoría de la energía, por la de la comunicación y la de los juegos patológicos, en la explicación de la interacción familiar.
2. De las entidades a las construcciones sociales.- esta nueva visión parte de la idea de que la comunicación es un proceso de relación, en el que la información se construye socialmente; abandonando la idea de maniobras dentro de un juego de poder (p. 114).
3. De centrarse en la familia a centrarse en el terapeuta.- el nuevo giro se desplazó de la familia hacia el terapeuta, de lo que surgieron dos enfoques en tal sentido:
  - a) La idea de las hipótesis.- consistió en abandonar la tendencia a aferrarse a una hipótesis terapéutica inicial por la posibilidad de contrastar la hipótesis terapéutica con la de la familia, ó entre las diferentes hipótesis que surgían durante la conversación.
  - b) La postura de curiosidad.- es una postura terapéutica que se genera por una visión estética en la que se observa un “acople mutuo de sus miembros en interacción”, la que es útil para construir formas visibles de vinculación.

Neimeyer y Mahoney (1995), consideraron que con la posmodernidad se desarrolló una mayor predilección por celebrar la multiplicidad del sistema de creencias, por una oposición a las prescripciones metodológicas y se socavó la fe en las verdades eternas inmersas en las cartas sociales, costumbres culturales, obras maestras de la literatura e incluso la ciencia misma. También sostienen que, desde esta visión, el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social; así los seres humanos tienen negado el acceso a la realidad inmediata más allá del lenguaje

Finalmente, una corriente teórica fundamental de la posmodernidad, eje de diversos modelos de terapia familiar, es el construccionismo social (Hoffman,1992), en cuya consolidación contribuyó la crítica textual y política representada por los deconstruccionistas críticos como literarios como Jacques Derrida en Francia y los pensadores neomarxistas de la Escuela de Frankfurt; así como el pensador Michael Foucault con su análisis del poder y su incorporación en el discurso social.

## ❖ Precursores

El posmodernismo se concibe como una crítica ideológica y una postura filosófica; que logró reconocimiento en los 70s., la que “no está representado por un autor en particular ni por un concepto único; ya es un coro polifónico”. Se asocia a los escritos de los

filósofos Mijail Bajtin, Jacques Derrida, Michel Foucault; Jean Francois Lyotard, entre otros (Anderson, 1997).

Lax (1992, p.96) sostiene que los discursos posmodernos son básicamente deconstructivos porque “pretenden distanciarnos y hacernos escépticos respecto de las creencias concernientes a la verdad, el conocimiento, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que casi siempre se dan por sentadas y que sirven para legitimar la cultura occidental contemporánea”. Agrega que la teoría desconstruccionista tiene unas raíces filosóficas en las obras de Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein.

Desde una visión más actual, los precursores de la posmodernidad en la terapia familiar son los teóricos y terapeutas Tom Andersen, Harold Goolishian y Harlene Anderson, Lynn Hoffman y Michael White (Lax, 1992),

Hoffman (1992) menciona que en el ámbito de la investigación social los precursores posmodernos son Kenneth Gergen y Rom Harré; el movimiento feministas, como Jeffrey Mason; los etnógrafos James Clifford y George Marcus.

### ❖ Premisas Posmodernas

Los supuestos posmodernos destacan ante todo la creación ó contextualización social ó relacional de la realidad y de las interacciones comunicativas; en el plano histórico, cultural, político y ambiental (Anderson, 1997).

En un plano más pragmático, el posmodernismo suele vincularse con ideas asociadas al texto y la narración; acentuando la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales versus las jerárquicas, y especial atención en el proceso y no en los objetivos. Lax (1992, p. 94), describe algunas diferencias de la epistemología sistémica respecto de la posmoderna, las que son colocadas en el siguiente cuadro comparativo (véase cuadro 1).

En el ámbito posmoderno, el desarrollo de una narración posmoderno implica que (Lax,1992):

- a) Es algo que se hace conjuntamente con otras personas
- b) Crea la propia realidad dentro del contexto de una comunidad
- c) Sus límites están fijados por sus posibilidades y restricciones políticas, económicas, sociales y culturales.
- d) Se trata de un proceso recursivo
- e) Se re-construye y cambia de un momento a otro
- f) Requiere de una visión algo diferente de la situación para movilizar la conversación

### ❖ Implicaciones de la posmodernidad en la terapia familiar

Anderson (1997) considera las siguientes modificaciones generadas en la terapia familiar con el advenimiento de la posmodernidad son:

- Un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijadas, los discursos

**Cuadro 1.** Comparación de los principios de la epistemología Sistémica y Posmoderna

<b>Sistémico</b>	<b>Posmoderna</b>
<p>El yo como una entidad delimitada por el sistema en que se encuentra inserto.</p>	<p>El yo (es) como entidad(es) narrativa(s) y multiautorizadas.</p>
<p>El texto es algo a interpretar.</p>	<p>El texto es un proceso en desarrollo.</p>
<p>Las familias son consideradas sistemas homeostáticos.</p>	<p>Los sistemas sociales son generativos y los estados de desequilibrio son productivos y normales.</p>
<p>La familia existe independientemente de un observador.</p>	<p>La familia es una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados.</p>
<p>Los problemas (representados por síntomas) son generados por la estructura y/o función familiar.</p>	<p>Los problemas existen en el lenguaje y son mediatizados por el.</p>
<p>El terapeuta es el experto.</p>	<p>El terapeuta es el facilitador de una conversación terapéutica, no intenta imponer una historia.</p>
<p>Defiende el “desarrollo familiar normativo” como signo distintivo del funcionamiento y el crecimiento saludables de la familia.</p>	<p>Apoya a la familia en el proceso de autodefinir su propia situación.</p>

privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones como algo objetivo.

- Se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido.
- Propone un pensamiento que avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas.
- Reconoce una multiplicidad de enfoques para el análisis de formas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder.

- Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje.
- Defiende que prescindir de la noción de verdad no significa que “nada exista”; adoptar una posición pluralista no significa que “todo valga”; por el contrario alienta la crítica social.
- Una concepción del lenguaje como elemento central; creencias y prácticas se vinculan con, se crean en, y ocurren en el lenguaje.

Así también Hoffman (1992), quien se refirió al *posmodernismo* como una crítica ideológica y postura filosófica, expone diversas ideas que caracterizan a esta nueva epistemología en la práctica clínica:

- Una equidad en la participación, aún cuando las partes puedan tener posiciones ó características diferentes.
- La introducción del prefijo “co” para describir una conversación terapéutica (co-autor, co-evolución), que permite representar un proceso de influencia mutua entre consultante e investigador versus un proceso jerárquico y unidireccional.
- Entrevistas poco orientadas hacia objetivos y métodos heterodoxos.
- Ignorancia deliberada ó posición de “no saber”.
- No creen en esencias; el conocimiento, al que se llega socialmente, cambia y se renueva en cada momento de la interacción.
- Sus preguntas ó comentarios son indecisos, tentativos y vacilantes y se producen entre lapsos periódicos de silencio; lo que favorece la búsqueda de la comprensión en el consultante.
- La narración que surge es espontánea y no planificada, el autor de la misma es la conversación.
- Se carece de un relato acerca de cómo se desarrollan los problemas y de cómo se re-suelven.
- Juega con formas asociativas –relatos, ideas, imágenes, sueños-.
- Se favorece la pluralidad de relatos y se mantienen las formas asociativas de los significados individuales.
- Se introduce la idea de colaboración en la que nadie tiene la última palabra. Propone una ética de la participación en lugar de la “causa” ó de la “verdad”.
- Asume una postura crítica que favorece la toma de conciencia de las relaciones de poder ocultas en todo discurso social.

Cecchin (1992, p. 119) plantea que para que el terapeuta posmoderno continúe leal a la epistemología debe tener presente varios principios:

- Que el contexto, la relación (e.g. las peculiaridades de la familia, de la institución, la cultura e historia) y las orientación del terapeuta (e.g. historia personal, género) contribuyen a la construcción del terapeuta.
- Su posición es una co-construcción; por ende comparte la responsabilidad por el contexto que surge en la terapia; en el que sus interpretaciones ó acciones seleccionadas deben ser coherentes dentro del contexto significativo interactivo, cuyo impacto es relativamente impredecible.
- Puede seguir a diferentes líderes en diferentes momentos”, pero nunca obedecer a determinado modelo ó teoría.
- Es levemente subversivo respecto de toda “verdad” cosificada.

- El contexto relacional proporciona las posibilidades y restricciones terapéuticas.
- El terapeuta y clientes acuden a terapia provistos de ciertas versiones de la realidad; el desafío está en la negociación y la co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles, que convenga a la familia, al terapeuta y a la cultura
- Al liberarse de la creencia consensual, puede ayudar a sus clientes a tener opiniones propias y a asumir la responsabilidad por las mismas; lo que promueve la flexibilidad y creatividad del terapeuta y cliente.
- Son las inevitables contradicciones y disonancias las que brindan la oportunidad de construir una nueva posición, una nueva explicación ó un nuevo relato acerca de lo que estamos haciendo.

Finalmente Neimeyer y Mahoney (1995) con respecto a la posmodernidad comentan que casi todos los modelos de la psicoterapia pueden ser un recurso legítimo para el profesional posmoderno, mientras se interprete como un conjunto de metáforas y directrices provisionales limitadas histórica y culturalmente; siendo coherente con sus compromisos epistemológicos; precisando que en un sentido más específico, la psicología posmoderna tiende a estimular ciertas estrategias de intervención por encima de otras.

#### ❖ **Perspectivas Posmodernas**

La posmodernidad se apoya en dos perspectivas interpretativas (Anderson, 1997):

a) La hermenéutica filosófica contemporánea.- se ocupa de la comprensión de significados (situada en el lenguaje, en la historia y en la cultura) y la interpretación de un texto ó discurso, incluidas la emoción y la conducta humana, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete; sostiene que cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad, esta última, afirma, se construye a través de la interacción de los participantes, se re-crea continuamente y es contextual.

b) El construccionismo social.- ve el discurso sobre el mundo como un recurso para el intercambio comunal; asevera que los significados que atribuimos a las cosas, los acontecimientos, la gente, y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos; del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente; en este sentido se da una autoría plural ó múltiple.

Ambas perspectivas posmodernas no ofrecen un marco teórico sistemático con su correspondiente metodología; si brindan un marco para la crítica de los conceptos modernistas y una alternativa.

#### ❖ **Modelos en Terapia Familiar Posmoderna**

Neimeyer y Mahoney (1995) proponen 4 metáforas dominantes en el ejercicio de la terapia familiar, dos de las cuáles son modelos representativos de la posmodernidad, los que se describen enseguida:



- La terapia como *reconstrucción narrativa*.- denominada también “reescritura biográfica”, dicho modelo parte del supuesto de que el significado de nuestras vidas esta dictado por las historias que vivimos y que contamos; así la persona en crisis se centra en una *narrativa dominante* que puede incapacitar, delimitar ó negar su persona” (White y Epston, 1990); la labor terapéutica consiste en articular el subtexto temático que subyace al argumento de la vida del cliente y ayudarle a experimentar con argumentos nuevos que abren posibilidades para nuevos capítulos.
- La terapia como una *elaboración conversacional*.- este modelo ve los sistemas humanos como generadores de lenguaje, que definen su organización a través del discurso y la negociación; por lo que, si las premisas familiares están determinados por el lenguaje, el papel del terapeuta consiste en aclarar y cuestionar sutilmente aquellos “acuerdos contractuales mantenidos en el lenguaje” que solidifican las relaciones (a veces disfuncionales) de los miembros de la familia entre sí.

## **2. Análisis de los Principios Teóricos Metodológicos de los Modelos de Intervención en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna**

### **2.1 Modelo Estructural**

#### **A. Definición**

La terapia estructural de familia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudia al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia; modificándose consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo, lo que a su vez lleva a que se modifique la experiencia de cada individuo (Minuchin, 1979, p. 20).

#### **B. Antecedentes**

El Modelo Estructural fue desarrollado por Minuchin, quien trabajó con poblaciones pobres, de zonas marginadas de E.U.y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos que acudían a la Child Guidance Clinic de Filadelfia en los E.U.; también laboró en la correccional de niños de Wiltwyck , en quienes observó que una vez dados de alta, reincidían debido a problemas familiares y comunitarios, lo que le llevó a formular una forma novedosa de intervención (en un período que va de 1965 a 1970) (Sánchez y Gutierrez , 1991) . En 1965 siendo director del Philadelphia Child Guidance Clinic, mantuvo a la delantera un centro de terapia familiar y de entrenamiento de terapeutas (Desatnik, 2004).

Debido a las características de la población (minorías urbanas, emigrantes, que experimentaban pobreza y marginación), tales como limitaciones en el lenguaje, diseñó intervenciones terapéuticas concretas y con acciones orientadas, en lugar de intervenciones abstractas y verbales (Sánchez y Gutierrez, 2000).

### **C. Principales Representantes**

Minuchin trabajó inicialmente con Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman. Haley, Montalvo y Rosman, desarrollando programas de entrenamiento para terapeutas, que se caracterizó por la supervisión en vivo y el empleo de las videograbaciones. Colapinto y Minuchin realizaron proyectos de prevención y atención a familias marginadas y a familias de “acogida” (foster families) (Desatnik, 2004). Montalvo y Minuchin desarrollaron un nuevo concepto para atender a los jóvenes de la Correccional de Wiltwyck., generando la alternativa “Más acción y menos habla” (Sánchez y Gutierrez, 2000), el que se convirtió en un modelo sobresaliente de 1970 a 1979; publicaron también *Families and Family Therapy* en 1974 (Sánchez y Gutierrez, 2000).

### **D. Premisas**

Minuchin (1979; p. 30-31) sostiene 3 premisas fundamentales del Modelo Estructural, estas son:

- 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 de este sistema.
- 3) El terapeuta y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico.

Desde el punto de vista de Minuchin (1979, p. 85), los componentes de la familia como sistema son:

- 1) La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación
- 2) La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
- 3) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Así la familia cumple dos objetivos distintos (Minuchin, 1979): 1) Uno Interno.- la protección psicosocial de sus miembros y 2) Uno Externo.- la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura

Minuchin (1979) precisa que la identidad posee dos elementos: 1) un sentimiento de identidad y 2) un sentido de separación. Aclara que la organización familiar determina los esfuerzos iniciales por consolidar dicha identidad, tanto en uno como en otro sentido.

Para Minuchin (1979), la Estructura Familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia; estos modos están dados por las pautas transaccionales, mismas que indican de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Agregó que puede hablarse de dos sistemas de coacción que mantienen la estructura familiar, estos son: a) Uno Genérico, el que está constituido por las reglas universales que gobiernan la organización familiar; b) Otro Idiosincrático, el que se refiere a las expectativas mutuas de los miembros de la familia.

Precisa Minuchin (1979) que toda estructura familiar está constituida de subsistemas, los que pueden ser formados por generación, sexo, interés ó función. Cada subsistema posee dos componentes:

- a. Diferentes niveles de poder.
- b. Habilidades diferenciadas para cada subsistema.

Los límites entre subsistemas están constituidos por las que reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para el adecuado funcionamiento familiar, los límites de los subsistemas deben ser claros; sin embargo, también hay límites difusos ó rígidos, los que generan pueden generar disfuncionalidad familiar; produciendo una organización familiar desligada (límites rígidos) ó aglutinada (límites difusos), favoreciendo la asignación de unos de sus miembros como el Paciente Identificado, que es miembro al que la familia rubrica como “el que tiene el problema” ó “el que es el problema”.

### ***E. Meta Terapéutica***

Minuchin (1979) mencionó que el terapeuta se asocia con la familia con el objeto de cambiar su organización familiar, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, mediante modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia, la que al modificarse, ofrece nuevas circunstancias y nuevas perspectivas frente a sus circunstancias. Agrega Minuchin, que el objetivo de la intervención puede también estar constituido por cualquier otro segmento del ecosistema del individuo que parezca adecuado para encarar estrategias de producción de cambios.

Algunos principios terapéuticos son (Minuchin, 1979): a) se enfoca a modificar el presente del sistema familiar; b) al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas; c) el terapeuta se asocia al sistema y utiliza su persona para transformarlo; d) confía en algunas propiedades del sistema, como 1.- una transformación de su estructura permitirá al menos una posibilidad de cambio; 2.- el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros y 3.- el sistema familiar tiene propiedades de autoperpetuación, lo que implica que una vez producido un cambio la familia lo preservará. Agrega que la terapia estructural debe partir de un modelo de normalidad que permita medir las anomalías.

### ***F. Estrategias de Evaluación***

La evaluación e intervención son dos procesos que se desarrollan a lo largo de la terapia, conforme a lo cual no existen momentos exclusivos para uno u otro proceso, ya que pueden acontecer simultáneamente y/ó concurrentemente dentro de una misma sesión.

En un primer acercamiento con la familia, Minuchin (1979) sugirió emplear técnicas de Unión y Acomodamiento, las que considera son la base de la terapia para alcanzar los objetivos terapéuticos de reestructuración familiar; las cuales a su vez son un medio para

el diagnóstico, también planteó la negociación del contrato terapéutico; dichas técnicas se describen enseguida:

### **1.-Unión y Acomodamiento:**

- **Definición:** La Unión se refiere aquellas acciones del terapeuta para relacionarse con los miembros de la familia ó con el sistema familiar. El acomodamiento se refiere a las acciones que ponen el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza, lo que implica que el terapeuta acepte la organización y el estilo de la familia y fundirse con ellos.

- **Función:** Permiten la creación del sistema terapéutico y que el terapeuta se asocie con la familia en una posición de liderazgo.

- **Técnicas para la Unión y Acomodamiento:**

- a. **Mantenimiento:** técnica de acomodamiento en la que se proporciona apoyo programado a la estructura familiar, tal como el terapeuta la percibe y analiza.

- b. **Rastreo:** técnica de acomodamiento por la que el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que continúen.

- c. **Mimetismo:** técnica de acomodamiento por la que el terapeuta imita un estilo familiar y sus modalidades afectivas.

- d.

### **2.- Diagnóstico**

- **Definición:** El diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a través del proceso de Unión y Acomodamiento.

- **Función:** Ampliar la conceptualización del problema, incluyendo las transacciones de la familia en su contexto habitual en seis áreas fundamentales: a) la estructura familiar, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles; b) la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, a partir de la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuestas a las circunstancias cambiantes; c) la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros y el nivel del umbral de activación de los mecanismos de estabilidad; d) el contexto de vida de la familia, las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia; e) el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento a las tareas apropiadas a este estadio y f) explorar las formas en que el síntoma del P.I. son utilizadas para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

### **3.- Ampliación: Contrato Terapéutico**

- **Función:** Esta técnica se emplea cuando existen problemas para establecer el contrato terapéutico.

- **Definición:** Esta consiste en reducir el problema índice para irlo ampliando gradualmente.

## **G. Estrategias de Intervención**

Las estrategias de intervención están organizadas en 3 grandes categorías (Minuchin, 1979; Minuchin y Fishman, 1981), estas son : a) Cuestionamiento del Síntoma, b) Cuestionamiento de la Estructura Familiar y c) Cuestionamiento de la Realidad Familiar. A continuación se describen :

### **1.- Cuestionamiento del Síntoma**

- **Función:** Esta estrategia pretende modificar la tendencia familiar a ubicar el problema como depositado en un miembro, la tarea terapéutica consiste en cuestionar la definición de la familia del problema; algunas de sus técnicas son:

**a. Escenificación:** el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, con el objeto de vivenciar la realidad familiar tal como esta la define.

**b. Enfoque:** el terapeuta selecciona elementos que considera pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema y le imparte un nuevo sentido.

**c. Obtención de la intensidad:**

- Repetición del mensaje.- consiste en que el terapeuta repite su mensaje muchas veces durante el curso de la terapia, tanto en el contenido como sobre la estructura.
- Repetición en interacciones isomórficas.- consiste en repeticiones que incluyen mensajes que en la superficie parecen diversos pero que son idénticos en un nivel profundo.
- Cambio del tiempo en que las personas participan en una interacción.
- Cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción.
- Resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva de una familia.

### **2.- Cuestionamiento de la Estructura Familiar**

- **Función:** Mediante esta estrategia se modifica la posición recíproca de los miembros, se pueden poner de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos ó implícitos, formas familiares de resolución de conflictos, identificación de miembros desviadores de conflicto y a los que actúan como central de operaciones; estas son:

**a. Captación de las pautas transaccionales de la familia:**

- Dramatización de las pautas transaccionales: se refiere a que la familia actúe en lugar de describir.
- Recreación de los canales de comunicación: el terapeuta le solicita a un miembro, mismo que habla de otro miembro, que hable con el miembro en lugar de acerca de él, evitando así que utilice al terapeuta como intermediario.
- Manipulación del espacio: consiste en la redistribución geográfica de los miembros con el fin de dramatizar las descripciones de la familia; la distancia puede ser una metáfora para la intimidad ó distancia entre las personas; habla acerca de alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento.

**b. Señalamiento de límites:**

- **Función:** mediante esta técnica se precisan los límites de los subsistemas, mediante la negociación de autonomía e interdependencia que se dan entre en cada miembro de una familia y cada subsistema familiar.

**c. Intensificación del estrés:**

- Bloqueo de las pautas transaccionales: consiste en producir estrés obstruyendo el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales.
- Acentuación de las diferencias: se produce estrés señalando las diferencias que la familia ha escamoteado, apreciando la forma en que los miembros se califican, corrigen, mejoran ó discrepan.
- Desarrollo del conflicto implícito: consiste en que el terapeuta produce estrés destruyendo el mecanismo habitual de evitación de los conflictos rompiendo, por e.g. una triada rígida.
- Unión en alianza ó coalición: consiste en producir estrés cuando el terapeuta se une en forma temporaria a un miembro ó subsistema familiar; lo que implica planificación y habilidad de desligarse por parte del terapeuta; está técnica es útil para familias rígidas ó que niegan la naturaleza sistémica del problema.

**d. Asignación de Tareas:**

- Dentro de la sesión: las tareas asignadas dentro de una sesión pueden señalar simplemente cómo y a quién los miembros de la familia deberán dirigirse.
- Deberes: se refiere a que el terapeuta asigna tareas para el hogar, lo que convierte al terapeuta en hacedor de reglas más allá de la estructura de la sesión terapéutica.

**e. Utilización de los síntomas:**

- Enfoque centrado en el síntoma.
- Exageración del síntoma.
- Desacentuación del síntoma.
- Adopción de un nuevo síntoma.
- Reetiquetamiento del síntoma.
- Modificación del afecto del síntoma.

**f. Manipulación del Humor:**

El afecto que expresa una familia (e.g. apatía, bromear, etc.) es una pista acerca de lo admisible en una familia; el terapeuta puede recurrir a la imitación exagerada del estilo familiar para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia; esta puede ser también una técnica de unión.

**g. Apoyo, Educación y Guía:**

Esta técnica puede ser una operación de unión y reestructurante. Consiste en que el terapeuta estimula en la familia las funciones de alimentación, curación y apoyo; en ocasiones requerirá enseñarles como apoyarse, ó de enseñarles a los padres el modo de responder en forma diferencial a sus hijos, fortaleciendo el sistema ejecutivo si es que

es débil mediante el modelamiento ó instruyendo individualmente para interactuar con el mundo extrafamiliar.

**h. Fijación de fronteras:**

- **Función:** está destinada a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas.
  - Distancia psicológica: se manipula diversos indicadores para establecer distancia psicológica entre los miembros; algunos ejemplos de estos indicadores son: espaciales (e.g. la forma de distribución de los miembros de una familia), quien interrumpe ó completa la información, quién proporciona confirmación y quién ayuda.
  - Duración de la interacción: consiste extender ó alargar un proceso, que es un modo de incrementar la intensidad, puede ser un recurso para demarcar subsistemas ó separarlos.

**i. El desequilibramiento:**

- **Función:** modificar la jerarquía de las personas dentro de un subsistema.  
Técnicas:
  - Alianza con miembros de la familia. Alianza alternante.
  - Ignorar a miembros de la familia.
  - Coalición contra miembros de la familia.

**j. La complementariedad:**

- Cuestionamiento del problema: se refiere a que se cuestiona la certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado.
- Cuestionamiento del control lineal de un miembro: se cuestionará la idea lineal de que un miembro de la familia controla el sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás.
- Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: se cuestiona el modo en que la familia recorta los sucesos; para ellos introducirá un marco temporal más amplio que enseñe a los miembros de la familia a considerar su conducta como parte de un todo más vasto.

### **3.-Cuestionamiento de la Realidad Familiar**

**a. Constructos cognitivos:**

- **Símbolos universales:** apoya a una institución ó a un acuerdo que rebasa el ámbito de la familia , apoyándose en el sentido común, en lo que la tradición prescribe y a construcciones universales.
- **Verdades familiares:** se refiere a la utilización de la concepción del mundo de la familia para extender la modalidad de funcionamiento.
- **Consejo profesional:** el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia, y la basa en su experiencia, conocimiento ó sabiduría; puede también incluir la perspectiva de un miembro de la familia ó pasar a una diferente perspectiva familiar, para apoyar la atipicidad como si se tratara de un derecho.

**b. Intervenciones directas ó basadas en la aceptación:** se entienden como consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas, que están

destinadas a que se les tome literalmente y a que se les respete como se les prescribió; para modificar de manera directa las reglas ó roles de la familia.

**c. Intervenciones paradójicas:**

- Redefinición: modifica la forma en que la familia define el problema redefiniendo el síntoma, este último deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él.
- Prescripción: se prescribe como conclusión inevitable de la lógica de la propia familia aquel mismo ciclo de interacción que es el que produce el síntoma, al hacer consciente el ciclo pierde el poder para producir el síntoma.
- Restricción: se refiere a que cada vez que la familia presente signos de cambio el terapeuta deberá refrenarlos, lamentando cualquier cambio.
- Inversiones, basadas en la aceptación y desafío: el terapeuta imparte directivas a un miembro de la familia para que invierta su actitud ó su conducta en un aspecto decisivo, con la esperanza de provocar de ese modo una respuesta paradójica en otro miembro de la familia.
- El grupo de consulta como coro griego: se refiere al empleo de un grupo de consulta como refuerzo de las intervenciones del terapeuta; este grupo se compone de colegas que se turnan observándose del otro lado de un falso espejo; el grupo es la voz profética que proclama las verdades sistémicas de la familia y su curso futuro.

### **Consideraciones Finales**

El Modelo Estructural tiene sus propias peculiaridades conceptuales y técnicas en comparación con otros modelos, tal como su concepción de la familia como una estructura, conformada por subsistemas, en la que ubican límites, jerarquías, alianzas y coaliciones. En este sentido dicta de antemano, la meta y la intervención terapéutica.

Consideró que este Modelo tiene múltiples bondades, e.g. ha demostrado ser efectivo para resolver problemas complicados, como los relacionados a trastornos mentales y a problemas severos de conducta en niños y adolescentes; también ha tenido amplia aplicabilidad, ya que ha demostrado ser útil para las familias marginadas y de bajos recursos económicos, grupos en lo que se pensaba que la pobreza hacía imposible la funcionalidad familiar.

Por otra parte, el Modelo Estructural da la impresión de aplicarse con facilidad, sin embargo no es así ya que implica el conocimiento y manejo de una amplia gama de habilidades que requieren flexibilidad en su aplicación; así en la lectura de su obra "Técnicas en Terapia Familiar" (1981), Minuchin asume diversas posturas, dependiendo de las características percibidas en la familia, así en unos momento es comprensivo y paciente con la familia, en otros hace preguntas que invitan a la reflexión, en otros es mas directivo y contundente cuando se tiene que actuar con rapidez, dando la impresión de que desafía directamente, situaciones en que es urgente suministrar estructura y control; también llega a crear un contexto que produce sentimientos de competencia ó de esperanza de cambio en la familia; en otros es cuidadoso en la redistribución que hace del poder, principalmente cuando hay un miembro en riesgo de daño físico y emocional;



al igual da la impresión de mantenerse en continua realimentación con la familia para avanzar a su paso, así también se aprecia prudente de la absorción familiar; atribuyendo cuando le es conveniente, la responsabilidad a “algo” y no a “alguien”, elogia cuando se requiere, es tentativo; en este sentido hace de la coparticipando su arma más poderosa. Lo que hace considerar que el Modelo Estructural requiere una continúa preparación y entrenamiento.

También, este Modelo establece como condición principal la asistencia de toda la familia a terapia, ya que el cambio se produce principalmente en la sesión a través de la reestructuración, sin embargo, ello hace pensar ¿qué sucede en los casos en que no todos los miembros quieren participar? ¿qué sucede cuando solo el miembro más afectado quiere asistir? Ello hace contemplar la importancia de retomar otras alternativas terapéuticas que se adecuan a estas demandas, tales como las planteadas por otros Modelos de Terapia Familiar. Otros puntos a reflexionar son: a) dado que plantea que el síntoma tiene la función de estabilizar el sistema, ¿en todos los casos es así ó puede surgir un síntoma por una cuestión idiosincrática? y b) en lo relacionado a la normatividad social, por ejemplo ¿aquel individuo que no sigue el ciclo de vida habitual, puede considerarse perturbado?

Finalmente, el Modelo Estructural me parece muy prometedor para solucionar problemas sociales y familiares importantes, principalmente por la situación de “ingobernabilidad” que se considera vive nuestro país, visión asociada al incremento alarmante de la delincuencia en los últimos tiempos.

## **2.2 Modelo Estratégico**

### **A. Definición**

Haley (1980) define el Modelo Estratégico como “varios tipos de terapia en la que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente... en la tarea de generar el cambio a través del establecimiento del orden y/ó jerarquía convencionalmente establecida.

La terapia estratégica se centra en el contexto social de los dilemas humano; incluye diversos enfoques, que tienen el rasgo primordial de que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente; no aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema (Madanes, 1982)

### **B. Antecedentes**

Se identifican 3 elementos que influyen de forma general y directa (Galicia, 2004; Sánchez y Gutierrez, 2000):

1. La concepción de la comunicación, como las referidas al doble vínculo y la paradoja, expuesto por Gregory Bateson y John Weakland, que obtuvo de 1952 a 1962, ello cuando Haley fue parte del grupo de Palo Alto.
2. El enfoque de terapia derivado de las consultas con Milton Erickson, entrenamiento y supervisión que mantuvo desde 1952 a 1980; entre las aportaciones de Erickson al modelo se destaca que transfirió sus ideas del terreno de la hipnosis al de los procedimientos terapéuticos.
3. Las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, que conoció en la década de los 60s , cuando trabajo con ellos en el Philadelphia Child Guidance Clinic.

Jay Haley y Cloé Madanes dirigen el Instituto de terapia familiar de Washington; sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica –basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permite resolver le problema del cliente, siendo uno de los objetivos fundamentales ayudar a las familias a superar las crisis propias de su evolución vital (Ochoa de Alda, 1995, p.10).

### ***C. Principales Representantes***

Los principales representantes son Jay Haley y Cloé Madanes. Ambos sentaron las bases conceptuales para la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de la Familia de Washington (Galicia, 2004; Sánchez y Gutierrez, 2000). Entre sus seguidores y proponentes creativos tenemos a Peggy Papp y Olga Silverstein, las que organizaron el Proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman para la Terapia Familiar en 1975; en el que exploraron el uso de intervenciones paradójicas y estrategias con familias de niños sintomáticos (op. cit.). Papp también tuvo la influencia del Ackerman, Bowen, Minuchin, Haley, Watzlawick y Weakland (op. cit.).

### ***D. Premisas***

Madanes (1982) enuncia las siguientes premisas del Modelo Estratégico, las que se dividen en 3 rubros:

a) En lo referente a las premisas generales:

- Se centra en el problema presente
- En lo que respecta al problema, da lo énfasis a la acción que lleva al cambio
- El objetivo de la terapia es resolver el problema presentado por la persona
- Plantea un plan específico para cada problema
- La unidad problemática es de dos ó más personas, por ende el énfasis se desplaza a la relación entre ellas.
- Se preocupa por las cuestiones de status y poder en la familia; respeta los límites generacionales; por ende concede derechos y responsabilidades diferentes.
- Se interesa por la comunicación analógica
- Puede recurrir ó no a deliberadamente a técnicas paradójicas.

b) En lo que respecta al problema:

- Es un enfoque centrado en los niveles de organización, en lugar de los niveles de comunicación.
- Se interesa por las incongruencias jerárquicas en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia.
- Se preocupa por la metáfora expresada por un síntoma y por la interacción familiar.
- Se interesa por entender la especificidad de cada síntoma.
- El problema es un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas.

c) En lo relacionado a la intervención terapéutica:

- El terapeuta no continúa ofreciendo más de lo mismo si no tiene éxito.
- El enfoque lo habilita a tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para solucionar el problema presentado.
- Es un método pragmático, y se espera que los terapeutas lleven un registro de los progresos terapéuticos y realicen seguimientos con regularidad una vez finalizada la terapia.

Haley (1988) refiere las siguientes premisas generales del Modelo Estratégico:

1. Existe una tendencia a la organización en las personas, lo que significa seguir modos de conducta estandarizados y redundantes y existir dentro de una jerarquía.
2. Una jerarquía puede delinearse, entre otras maneras, observando la conducta de hechos que ocurren dentro de una organización. Así también una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas.
3. La secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico.
4. Si la persona se desvía de su pauta habitual, definiendo así una jerarquía distinta, los demás reaccionan contra esta desviación y vuelven a modelar la conducta dentro de la pauta habitual.

### ***E. Meta Terapéutica***

Madanes (1982) comenta que la primera misión terapéutica consiste en definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo; haciendo hincapié en una conceptualización que considere lo analógico. Precisa que la meta de la terapia es “impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas”. Agrega que en este enfoque interesa la jerarquía familiar; de tal forma que una meta sería bloquear las coaliciones intergeneracionales que mantienen el problema. También menciona que entre la serie de metas está ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de vida familiar, a fin de pasar a la siguiente etapa.

Haley (1976b, citado por Madanes, 1982) plantea que una meta es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

## **F. Etapas de la Primera Entrevista**

Haley (1988) precisa las consignas para realizar la primera entrevista, estas son:

- Al recoger datos del diagnóstico, lo mejor es entrevistar a toda la gente involucrada, incluidas familia e instancias extrafamiliares.
- La estrategia a aplicar se requiere ajustar a cada caso particular, p. e. en una situación de crisis familiares una actitud menos exploratoria y más autoritaria puede ser más apropiada.
- El terapeuta no debe permitir que el cliente decida la forma de terapia a seguir, sobre todo si ha sido tratado sin éxito.
- Cuantas más personas participen en las entrevistas, tanto más eficaz y rápida será la terapia.

Las 4 etapas de una Primera Entrevista son (Haley, 1988):

**1.- La Etapa Social:** consiste en saludar a la familia, procurando que se ponga cómoda. Se favorecerá la participación de cada uno de los miembros en el proceso, de cada cual se le escuchará con atención el motivo que expone de su presencia en sesión. El terapeuta deberá estar atento a:

- El estado de ánimo de la familia.
- Observe de que manera los miembros *muestran* su proceder.
- Considera a las conclusiones extraídas como provisionales.
- No comunicar a la familia sus observaciones.

**2.- La Etapa del Planteo del Problema:** se indaga en torno del problema presentado (propósito). El planteo de la pregunta tiene dos aspectos: a) el modo en que el terapeuta la formula y b) a que miembro de la familia va dirigida. También contempla: 1) cómo escuchar la exposición del problema; 2) la observación del terapeuta, de lo que a)deberá observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar jamás a éstos sus observaciones; identificando la congruencia entre lo verbal y lo no verbal; b) apreciará la asignación de responsabilidad, es decir a quien se le atribuye el problema; c) percibirá que es lo que la familia no puede comentar de manera directa; y 3) contenido del problema presentado. Por otro lado, el terapeuta deberá considerar los factores interpersonales y contextuales que favorecen la presencia de un problema; tendiendo adecuar su intervención a las situación propia de la familia

**3.- La Etapa de Interacción:** se pide a los miembros de la familia que conversen entre si en torno de discrepancias, pidiendo opiniones, solicitando intervención de miembros periféricos para resolver la discrepancia.

- *Organización de la familia*

La información de las secuencias y pautas de conducta en la familia se obtendrá observando cómo se conducen entre sí los miembros al conversar, solicitándoles que hablen de ciertos temas a un cierto nivel.

**4.- Fijación de la Meta:** se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr. En este punto se debería haber alcanzado una formulación lo suficientemente clara de los cambios que se quiere alcanzar; el planteamiento será computable, observable y medible, en la que se contemple: frecuencia, intensidad, circunstancias de aparición, intentos de solución, etc.

## **G. Estrategias de Evaluación e Intervención**

### **1. Estrategias para la Evaluación:**

- **Estrategia:** formulación de hipótesis sistémicas (Papp, 1988, p. 31-39)
- **Objetivo:** permite obtener y organizar información para la intervención, en la que se conecta el síntoma y el sistema dentro del marco del tiempo y del cambio. Se integran 3 niveles de información: conductual, emocional e ideacional
- **Nombre de la técnica:** Cuestionamiento circular
- **Definición:** técnica que consiste en preguntarle a cada miembro de la familia cómo ve la relación entre otros miembros de la familia en asociación a un evento problema.

### **2. Estrategias basadas en Intervenciones Directas, Indirectas (Paradójicas) e Inversiones**

Papp (1988), Haley (1988) y Madanes (1984) proponen 4 categorías de estrategias de intervención, estas son: las Directas ó basadas en el cumplimiento, las Indirectas ó basadas en la oposición; las basadas en Intervenciones apoyadas por un Coro Griego y las basadas en Intervenciones dentro de diferentes Marcos de Negociación del Cambio. Estas estrategias se desglosan y explican enseguida:

#### **2.1 Intervenciones Directas**

- **Objetivo:** modificar las reglas y los roles de la familia; partiendo de la premisa de que el síntoma es una respuesta a una crisis ó a un hecho transitorio.
- **Nombres de las técnicas:** consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones ó tareas para ser tomadas literalmente y seguidas según las indicaciones correspondientes.
- **Definición:** se les denomina Directas dado que son mensajes planteados de manera clara y explícita, y se espera que sean aceptados ó acatados.

#### **2.2 Intervenciones Indirectas ó Paradójicas**

- **Objetivo:** modificar las reglas y los roles de la familia cuando el síntoma está siendo usado en una batalla encubierta ó se ha enquistado en un ciclo de interacción repetitivo.

- **Nombre de las Técnicas / Definiciones:**
  - a. **Mensajes paradójicos:** técnica por la que se envía un mensaje que contienen un doble mensaje dirigido a la familia –por un lado, se les comunica que sería bueno para ellos cambiar, y por el otro, que no sería tan bueno-.
  - b. **Paradoja sistémica:** técnica por la que se e enumeran las consecuencias de la eliminación del síntoma y el terapeuta recomienda que la familia continúe resolviendo su dilema a través del síntoma.
- **Procedimiento para el diseño de la paradoja**  
La tarea de idear una paradoja incluye 3 pasos fundamentales: redefinición, prescripción y restricción:
  1. **Redefinición:** técnica para prescribir el síntoma y el sistema, mediante redefinirlos positivamente.
  2. **Prescripción:** técnica para prescribir síntoma/sistema.
  3. **Restricción:** técnica por la que cada vez que la familia dé señales de estar cambiando el terapeuta deberá refrenarlos.

### 2.3 Técnicas basadas en el Cumplimiento y en la Oposición

- **Objetivo:** modificar el ciclo repetido de interacción en el que se aprecian posiciones complementarias, motivando por lo menos a una de las personas que están en el ciclo para que invierta su posición. Se describen a continuación:

a) **Inversiones:** técnicas por la que se modifica el ciclo repetido de interacción en el que se aprecian posiciones complementarias, motivando por lo menos a una de las personas que están en el ciclo para que invierta su posición.

El planteamiento y la ejecución de inversiones consta de 3 pasos:

1. **Motivación:** esta técnica depende de la habilidad del terapeuta para motivar a un miembro a fin de que invierta su posición respecto de un punto crítico.
2. **Mantenimiento:** técnica por la que el terapeuta mantiene la inversión, luchando contra un sistema poderoso; en donde los miembros tratarán de reafirmar su posición, a fin de reestablecer el antiguo orden.
3. **Renegociación:** técnica por la que una vez que una persona logra invertir una posición fija y es capaz de mantenerla durante cierto tiempo, se deberá negociar una nueva relación sobre la base de esta posición.

#### b) Metáfora ó analogía

- **Objetivo:** al bloquear la metáfora ó la analogía obliga a activar otras formas de comunicación y estilos de comportamiento.
- **Definición:** consiste en pedirle al cliente que reproduzca su síntoma (metáfora) hasta sus últimas consecuencias; disociando las dos metáforas: somática y verbal.

#### c) Ritual

- **Objetivo:** fortalecer el cambio familiar, de un estadio a otro.
- **Definición:** prescripción ceremonial, que emplea la fuerza de la tradición, que pretende enfatizar secuencias correctas dentro de un ciclo de crecimiento.

**d) *Ordalías benévolas*** (Erickson, citado por O'Hanlon, 1989)

- **Objetivo:** Alterar la pauta-síntoma, para curar este último.
- **Definición:** consiste en vincular la aparición de la pauta-síntoma con otra pauta – habitualmente una experiencia indeseada, una actividad evitada, ó una meta deseable pero difícil de evita.

**e) *Hipnosis***

- **Objetivo:** favorecer la motivación e influir en la gente a manera de que siga directivas.
- **Definición:** la hipnosis es un procedimiento que asume un estilo especial de comunicación para influir en las personas mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales, dentro de una relación interpersonal; y en la que el mensaje se plantea en términos de paradoja.

**f) *Aliento de la Resistencia***

- **Objetivo:** favorecer la cooperación de un paciente resistente.
- **Definición:** Esta técnica consiste en aceptar la resistencia de un sujeto e incluso alentarla, quedando el sujeto atrapado en una situación donde su intento de resistirse es definido como una conducta cooperativa.

**g) *Ofrecimiento de una Alternativa Peor***

- **Objetivo:** favorecer el cambio de la conducta problema.
- **Definición:** Consiste en dirigir al paciente en un sentido, pero haciéndolo de tal manera que en realidad lo incita a ir en otro; ó bien se le ofrece algo a la persona que no le gusta hacer para que esta elija alguna otra cosa, y a veces se emplea una amenaza ó algún otro procedimiento que induzca a la persona a cambiar para ahorrarse algo peor.

**h) *Determinación de un Cambio mediante Comunicaciones Metafóricas***

- **Objetivo:** Favorecer la cooperación mediante la sugestión no conciente.
- **Definición:** Cuando una persona muestra resistencia a las directivas, es posible encarar el problema comunicándose con él en términos de una analogía ó metáfora, la que no se traduce. Esta técnica es efectiva, dado que es difícil soportar una sugestión de cuya recepción uno no es conciente.

**i) *Aliento de una recaída***

- **Objetivo:** mantener el cambio cuando ya se estableció
- **Definición:** esta técnica consiste en prescribir una recaída, se aplica cuando un paciente está mejorando con demasiada rapidez, se aplica a sujetos excesivamente cooperadores y se parte del supuesto teórico de que es imposible mejorar rápidamente

**j) *Frustración de una Respuesta para Alentarla***

- **Objetivo:** mantener y mejorar el cambio logrado
- **Definición:** esta técnica consiste en indicarle al paciente una forma de comportarse, y cuando este comience a cumplir con la indicación, se cortará la

respuesta y se pasará a otra área; el poder está en frustrar cuando ha surgido la disposición a responder, lo que permitirá que el sujeto responda mejor.

**k) El empleo del espacio y la posición**

- **Objetivo:** alterar la interacción entre los miembros
- **Definición:** consiste en modificar la conducta de cada miembro hacia los otros, alterando la orientación espacial

**l) Énfasis en lo Positivo**

- **Objetivo:** disminuir la resistencia y favorecer el funcionamiento de un individuo ó familia.
- **Definición:** consiste en destacar lo que hay de positivo en la conducta de una persona, partiendo del supuesto de que una persona alberga un deseo natural de crecimiento, y parcialmente en la opinión de que el paciente coopera más si se destaca lo positivo.

Otras *técnicas* que menciona Haley (1988) son:

**a) Siembra de ideas**

- **Definición:** Consiste en sembrar ciertas ideas para después construir algo sobre ellas.

**b) Ampliación de una desviación**

- **Definición:** Se refiere a alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta.

**c) Amnesia y control de la información**

- **Definición:** se refiere a que cuando se ingresa a un sistema familiar, la estimulación puede dirigirse hacia partes de la familia, con un cuidadoso control de cómo ha de distribuirse la nueva información entre los miembros; es decir se controla lo que cada miembro conoce conscientemente, educando, por ende, para la amnesia de ciertos hechos.

**d) Despertar y desenganche**

- **Definición:** consiste en el logro de la autonomía y cohesión por parte de los miembros de la familia, estableciendo acercamiento ó distanciamiento.

**e) Evitación de la exploración de sí mismo**

- **Definición:** se refiere a la ausencia de interpretaciones sobre las supuestas causas de la conducta, como una propuesta alternativa para el cambio, la que sugiere que el cambio terapéutico puede ocurrir sin que la persona comprenda el significado ó la función de su conducta.

**2.4 Estrategias basadas en Intervenciones apoyadas por un Coro Griego.**

**Negociación del Cambio mediante un Coro Griego:**



- **Objetivo:** que el terapeuta utilice al grupo para apoyar, confrontar, confundir, desafiar ó provocar al sistema familiar, quedando en libertad de concordar ó discrepar con la posición del grupo, manteniendo su capacidad de maniobra.
- **Coro griego:** es un grupo de consulta que colabora con el dilema del cambio, es como la voz de un profeta de la familia, el grupo representa la suprema autoridad, que conoce el futuro y predice las consecuencias del cambio. Algunos tipos de esta estrategia son:
  - a) **Formación de un triángulo terapéutico:** consiste en la creación de un triángulo terapéutico que resulta de una contienda planeada y sostenida entre el terapeuta y el grupo. En este triángulo, el grupo habitualmente toma la posición de antagonista del cambio y el terapeuta toma la posición de protagonista del cambio.
  - b) **Montar un fracaso:** se refiere a que el terapeuta y el grupo pueden decidir anticipadamente el modo en que la familia derrotará al terapeuta, y montar deliberadamente un fracaso.
  - c) **Apoyo:** consiste en utilizar al grupo para alabar ó apoyar ciertos aspectos de la familia que necesitan ser reforzados.
  - d) **Encuesta de opinión pública:** se refiere a que el grupo puede ser utilizado como una encuesta de la opinión pública, para formular pronósticos acerca del curso del cambio.
  - e) **Sorpresa y confusión:** se refiere a que el grupo puede provocar sorpresa ó confusión, elementos importantes del cambio.
  - f) **Desenganche del terapeuta:** cuando los terapeutas suelen sentirse responsables en demasía respecto de las familias propensas a las crisis, en estas situaciones se puede utilizar al grupo para que comente la relación entre la familia y el terapeuta.
  - g) **Uso de un equipo de consulta durante la capacitación:** consiste en la formación de un equipo de consulta con practicantes que observen recíprocamente su trabajo y se consulten acerca de sus casos.

## **2.5 Estrategias basadas en Intervenciones dentro de diferentes Marcos. Negociación del**

### **Cambio dentro de diferentes Marcos**

- **Objetivo:** que el terapeuta aplique los principios del Coro Griego de diversos modos, aún en ausencia de un equipo.
  - a) **En la coterapia:** consiste en que dos coterapeutas pueden adoptar posiciones previamente planeadas en relación con ciertos puntos críticos y debatir estos puntos frente a la familia, introduciendo así el triángulo terapéutico en la sesión.
  - b) **Un debate a tres puntas:** se refiere a la idea de que un debate terapéutico planeado puede expandirse para abarcar a 3 terapeutas; uno de los terapeutas asume la posición homeostática habitual; los otros dos terapeutas discrepan con esto.

**c) En la supervisión:** consiste en que un supervisor y su supervisado pueden asumir posiciones discrepantes sin que el supervisor esté presente en las sesiones.

**d) En la práctica privada:** es aplicable en los casos en los que el terapeuta trabaje solo, mismo que dividirá su opinión según el criterio homeostasis versus cambio.

### **Consideraciones Finales**

El modelo estratégico constituye uno de los primeros esfuerzos por integrar los avances de diversas teorías y terapias, como son la teoría de la comunicación humana de Bateson y Weakland; del enfoque de terapia derivado de las consultas con Milton Erickson y de las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, para generar un nuevo modelo en terapia familiar sistémica; de lo que emerge un modelo que además contiene características propias.

El modelo estratégico le da una gran relevancia a la organización jerarquía familiar y a su relación con la etapa del ciclo vital en que encuentra la familia, para la explicación del surgimiento de un miembro sintomático, este último como una metáfora ó analogía de la patología familiar.

Es interesante notar que aunque pareciera fomentar la autodeterminación familiar, por ejemplo en la etapa “fijación de la meta” del procedimiento aplicable a la primera entrevista, sostiene que *le solicita a la familia los cambios que desee lograr*, de alguna manera encauza el objetivo de trabajo, principalmente por su teoría que explica la presencia del síntoma, referida en el párrafo anterior.

Similarmente su declaración de que el terapeuta es “responsable del cambio” y la encomienda de tareas a la familias, refuerzan esta visión de directividad terapéutica; que resulta más evidente al comparar el modelo con los modelos posmodernos.

Finalmente, este modelo deja ver un carácter que es compartido por los modelos familiares sistémicos: el concepto de pauta en las secuencias de interacción, su conexión con el síntoma y las diversas técnicas “no convencionales” para alterarla.

## **2.3 Modelo de Terapia Breve**

### **A. Antecedentes**

La fundamentación epistemológica del Modelo de Terapia Breve (MTB) se encuentra inicialmente en las aportaciones de Gregory Bateson, específicamente en los estudios que realizó en culturas primitivas y de su observación de familias con miembros esquizofrénicos y posteriormente con el desarrollo del Proyecto “Paradojas de la Abstracción en la Comunicación” que llevo a cabo con la colaboración de Weakland, Watzlawick y Jackson, de dicho proyecto se generaron propuestas teóricas fundamentales, e.g. la teoría de la comunicación humana, en la que se hace mención de la teoría del doble vínculo y la tipología de interacción humana (citados por Wittezaele y García, 1994).

El grupo del MRI, del cual se desprende el Modelo de Terapia Breve, fue fundado en 1959 por Don Jackson, con la colaboración de Jules Riskin, Virginia Satir y Willian Fry; también tuvo la participación de Weakland, Watzlawick, Haley y Carlos Sluzki (Wittezaele y García, 1994).

Posteriormente, el grupo del MRI entra en una etapa de transición, al perder a 3 de sus defensores: Satir, quien decide marcharse del MRI, Haley, el que deja MRI para ir a trabajar con Minuchin en Filadelfia y el fallecimiento de Don Jackson en 1968 (Wittezaele y García, 1994).

Finalmente es creado en 1968 el Modelo de Terapia Breve (MTB) del MRI de Palo Alto, por Watzlawick, Weakland, Fisch y Segal (Ochoa de Alda, 1995).

Entre las influencias teóricas del MTB, se encuentran (Wittezaele y García, 1994): a) las formulaciones teóricas de Bateson y de su equipo (como la teoría de la comunicación humana); b) las formulaciones y técnicas creadas por Milton Erickson; c) la psicoterapia estratégica de Jay Haley, enfoque que es la base de la “terapia breve”; d) el trabajo de Watzlawick, quien comprendió y formalizó las intervenciones “mágicas” de Jackson y Erickson para convertirlas en instrumentos de trabajos transmisibles y e) el trabajo que se hizo con personas que habían tenido resultados óptimos en la solución de problemas (e.g. barmans, policías; citados por Wittezaele y García, 1994).

## **B. Definición**

Se refiere a aquel modelo de terapia sistémica que da énfasis a la identificación y modificación de las soluciones intentadas y las premisas asociadas, empleadas por los clientes y sus familias en su afán de resolver las dificultades; mediante el empleo de estrategias que garantizan la influencia del terapeuta para generar dichos cambios.

## **C. Principales Representantes**

Los principales representantes del MTB son Watzlawick, Weakland, Fish y Segal, los que crearon el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto (Ochoa de Alda, 1995).

## **D. Premisas**

Las premisas que a continuación se enuncias fueron referidas por Fisch, Weakland y Segal (1988).

En la concepción de los *problemas* considera las siguientes 4 premisas:

- a) Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta, desarrollada por él u otra persona con la que se halla comprometido.

- b) Dicha conducta es descrita como: 1) desviada, infrecuente ó inadecuada, ó incluso anormal, y b) aflictiva ó dañosa, inmediata ó potencial, para el consultante ó para los demás.
- c) Se informa que el consultante ó que los demás han realizado esfuerzos para detener ó para modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.
- d) En consecuencia, el paciente ó los otros implicados buscan la ayuda del terapeuta para cambiar la situación, que no han podido cambiar.

En lo que se refiere a una *dificultad* que se convierte en problema tienen que cumplirse dos condiciones:

- a) Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad.
- b) Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución (círculo vicioso).

Las premisas de la conducta que constituye un *problema* son:

- a) Toda conducta problemática resulta configurada y conservada de manera continua en el sistema de interacción social del individuo, de la que surgirán con el tiempo pautas repetitivas de interacción.
- b) Las soluciones ensayadas ayudan al mantenimiento ó a la exacerbación del problema.
- c) El problema puede estar vinculado con algunas transiciones que se experimentan en el transcurso de la existencia (matrimonio, nacimiento...).
- d) Los problemas se mantienen porque las personas siguen lógicas que proceden de premisas incorrectas ó inaplicables, incluso apoyadas por la tradición ó la sabiduría convencional.

Las premisas del enfoque de *solución* de problemas, son:

- a) Las conductas que mantienen el problema deberán ser alteradas para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema.
- b) En algunos casos lo más adecuado es cambiar la evaluación negativa de la conducta problemática.
- c) Un cambio inicialmente pequeño del círculo vicioso, dirigido de modo adecuado y estratégico, puede hacer que se inicie un círculo beneficioso.
- d) El objetivo primordial de un terapeuta, no consiste en solucionar todas las dificultades, sino iniciar un proceso de inversión.

### **E. Meta Terapéutica**

La meta de la terapia consiste en identificar, diseñar y aplicar respuestas alternativas que se aparten en 180° del impulso básico, con respecto a las respuestas ó soluciones intentadas que emplean el cliente y/ó la familia en sus esfuerzos por solucionar la situación sintomática, lo que finalmente se supone llevará a una resolución eficaz de la dificultad planteada.

La meta terapéutica implica determinar qué cambio es el más apropiado para solucionar la dificultad referida, así en ciertos casos, con relación a la solución intentada, lo más apropiado será alcanzar un cambio tipo 1, el que es definido como el nivel del cambio de

un miembro a otro manteniéndose la continuidad lógica, y en otros casos el “cambio tipo 2”, es decir el cambio en las reglas que gobiernan su estructura ó su orden interno, será el más acertado.

## ***F. La Planificación***

Fisch, Weakland y Segal (1988) plantean que la planificación de las sesiones es fundamental para aplicar con eficiencia la influencia terapéutica y para resolver los problemas con rapidez. Por lo que propone un plan general, el que contiene las siguientes partes:

- a) Establecer el problema del cliente.- ello requiere una comprensión clara de la dolencia por la que el cliente solicita la consulta, lo que es decisivo para determinar los avances de la terapia.
- b) Establecer la solución intentada por el cliente.- consiste en obtener una comprensión completa y exacta de los esfuerzos presentes que el cliente y otras personas han llevado a cabo en sus intentos de resolver el problema. Decidir qué se debe evitar.- una vez identificado el impulso básico, se procede a identificar aquello que se debe evitar indicar al cliente.
- c) Formular un enfoque estratégico.- consiste en identificar las estrategias (impulso estratégico) que se oponen al impulso básico del cliente, apartándose en 180° de dicha dirección, sin caer en una posición supuestamente neutral.
- d) Formular tácticas concretas, atendiendo a la premisa “no puede limitarse a dejar de hacerse algo sin hacer otras cosa a cambio”, esta fase atiende a diversas indicaciones: 1) determinar que acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada; 2) precisar que acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema; 3) localizar que acciones se incorporan con mayor facilidad a la rutina del cliente y 4) determinar qué persona(s) desempeña(n) un papel más estratégico para la persistencia del problema.
- e) Encuadrar la sugerencia en un contexto: se refiere a la “venta” de la tarea, y consiste en que una vez que se ha formulado la sugerencia ó una tarea, el siguiente paso es inducir al cliente a llevarla a cabo, mediante enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia del cliente.
- f) Formular objetivos y evaluar el resultado.- el objetivo general del enfoque terapéutico es la solución de la dolencia del cliente, conforme a lo cual se vinculan los procedimientos con dicho objetivo, por lo que se considera: 1) sobre qué base se eligió el objetivo y 2) que tipo de datos permitirán al terapeuta establecer que ya se ha logrado un objetivo ó para determinar el avance en la consecución del mismo.

## ***G. Estrategias de Capacidad de Maniobra y de Intervención***

### **1.- Estrategias para Aumentar la Capacidad de Maniobra:**

- **Definición:** la “capacidad de maniobra” implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos ó inconvenientes

que se presenten (Fisch, Weakland y Segal, 1988). Los medios para aumentar la capacidad de maniobra se enlistan enseguida:

**1.1 Oportunidad y ritmo:** implica la capacidad para “no apresurarse” en asumir una postura hasta no haber obtenido la información necesaria respecto de la postura del paciente (definida como los valores, creencias y prioridades que determinan el modo en que actuará ó no actuará el mismo), así como la de retirarse de una postura ó abandonar una estrategia que se haya comenzado poner en práctica cuando aparezcan indicios concretos de que no funcionan.

**1.2 El tiempo necesario:** se refiere a la habilidad de no presionarse para actuar, ni dejar apresurarse por el cliente; salvaguardando con ello la posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar.

**1.3 El uso de lenguaje condicional:** consiste en la capacidad de responder de manera condicionada ante las pretensiones del cliente de que el terapeuta se comprometa antes de que desee hacerlo, ó ante la presión a asumir una postura que no desea en absoluto.

**1.4 El cliente debe concretar:** consiste en favorecer que el cliente sea concreto y claro en sus comentarios y respuestas al terapeuta.

**1.5 Actitud igualitaria:** consiste en que el terapeuta asuma una postura de “igualdad” ó de “no superioridad”, ello para facilitar que el cliente le comunique información estratégica y para que lleve a la práctica las sugerencias ó tareas encomendadas.

**1.6 Sesiones individuales y conjuntas:** consiste en la capacidad para decidir con quién ó cuales miembros se ha de trabajar, para favorecer la colaboración y por ende la resolución del problema.

## **2.- Estrategias de Intervención (Fisch, Weakland y Segal, 1988)**

**2.1 Las Intervenciones Principales:** se refiere a aquel tipo de intervención ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta, basado en datos suficientes e integrados en un plan de caso.

### **2.1.1 Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.-**

**Aplicación:** se aplica a la mayoría de problemas de funcionamiento corporal ó de rendimientos físico reportados por el cliente como una dolencia relativa a él mismo; como los asociados a rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

**Impulso Básico:** Considerar las fluctuaciones normales de las actividades humanas como problema

**Solución intentada:** esforzarse deliberadamente para asegurar el rendimiento normal

**Soluciones alternas:**

- ❖ Renunciar a los intentos de autoacción.
- ❖ Definir el síntoma indeseado como algo beneficioso.
- ❖ Planificar deliberadamente la aparición de la conducta que se desea eliminar.
- ❖ Seleccionar una conducta que excluya la conducta que se desea eliminar.

- ❖ Suministrar razones y directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento.
- ❖ Exponer frecuente y deliberadamente a la tentación, al mismo tiempo se le ofrece un proceso ritual.
- ❖ Reprochar los logros alcanzados en la desaparición de la dolencia.

### 2.1.2 Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

**Aplicación:** se emplea en los casos de fobias, timidez, bloqueos en la escritura ó en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento.

#### **Impulso básico:**

- ❖ Ante un acontecimiento temido, el paciente decide que se está comportando como un tonto y necesita probarse a si mismo que no lo es, ó considera que como enfrentarlo es fácil para los demás, lo debe ser para él.
- ❖ Ante el acontecimiento temido, contempla que es algo que él no está en condiciones de dominar.

#### **Intento de solución:**

- ❖ Conducirse aprensivo.
- ❖ Evitar la tarea al mismo tiempo que se obliga a si mismo a dominarla.
- ❖ Se prepara constantemente para el enfrentamiento ó considera que enfrentará hasta tener el ánimo apropiado.

#### **Intento alternativo:**

- ❖ El terapeuta selecciona directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exige una ausencia de dominio ó un dominio incompleto.
- ❖ Se pide no pensar en las consecuencias favorables que alcanzaría con el dominio de la actividad.
- ❖ Persistir en la actitud restrictiva ante los intentos del paciente por dominar la actividad.

### 2.1.3 Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

**Aplicación:** se aplica en los casos de riñas conyugales, en conflictos entre padres e hijos pequeños ó rebeldes, en disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.

**Impulso básico:** una de las partes exige para que el otro lo trate como si fuese superior.

#### **Solución intentada:**

- ❖ Sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas.
- ❖ Exigir que la otra parte las trate con el respeto, la atención ó la deferencia que piensan que se les debe.
- ❖ Emitir amenazas que no se cumplen.

#### **Solución alterna:**

- Hacer que el solicitante se coloque es una postura “inferior”, de debilidad, incompetencia, olvido, irresponsabilidad, desamparo y/ó desconcierto.

- Se plantea que un primer paso es recuperar la atención mediante el empleo de consecuencias impredecibles y no anunciadas, denominado “sabotaje benévolo”.
- Proponer para la obtención de la consideración del otro que se hagan pedidos explícitos y concretos.
- Para el caso de que el problema es mantenido por la intermediación de un “pacificador”, se sugiere: a) estructurar el tratamiento de modo que requiera la participación activa del pacificador, por lo menos al principio y b) venderle al “pacificador” la idea de mostrarse como una persona no razonable, con el fin de ayudar a los otros en el desarrollo de habilidades de negociación.

#### **2.1.4 Intento de conseguir sumisión mediante un acto libre de aceptación**

**Aplicación:** se aplica para resolver problemas conyugales, de crianza infantil y ciertos casos de esquizofrenia.

**Impulso Básico:** a la persona le gustaría que otro hiciese algo, pero todavía le gustaría más que quisiera hacerlo, además siente aversión de pedirle a otro individuo algo que le disguste ó que le exija determinado esfuerzo ó sacrificio, ya que se percibe al otro como frágil y sin la capacidad de decir “no”.

**Intento de solución:**

A la petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo resulta inútil.

**Solución alterna:**

- ❖ Que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
- ❖ Se redefine la “benevolencia” (petición indirecta) como algo inconscientemente destructivo y a la inversa, como beneficioso aquello que el cliente considera destructivo (solicitud directa).
- ❖ La venta de la tarea incluirá la mención del “sacrificio” del solicitante indirecto.
- ❖ Se aplican sanciones cuando no se cumple lo prescrito.

#### **2.1.5 Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia**

**Aplicación:** Se aplica en problemas en los que se presenta el juego del acusador y del defensor; es frecuente su aplicación en problemas conyugales, de educación de los hijos y en dificultades laborales trabajo.

**Solución intentada:** en la interacción, una de las partes incrementa su posición acusadora, a la vez que la otra parte en correspondencia, aumenta la negación de las acusaciones y asume una posición de autodefensa, lo que a su vez, intensifica las acusaciones del otro y así sucesivamente.

**Solución alterna:**

- Que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva a un grado obviamente absurdo.
- Empleando la **interferencia**: intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.



**2.2 Las Intervenciones Generales:** se refiere a aquel tipo de intervención que posee un ámbito de aplicación mucho mayor y puede ser suficiente para solucionar por sí misma el problema del cliente ó permiten preparar el terreno para una intervención posterior más específica.

### **2.2.1 No apresurarse**

**Aplicación:** Se aplica en aquellos pacientes que se esfuerzan demasiado ó aquellos que hacen presión en el terapeuta pidiendo una solución urgente mientras ellos permanecen pasivos ó no colaboran.

**Solución intentada:** el paciente exagera en sus esfuerzos por solucionar el problema ó deposita la responsabilidad del cambio en el terapeuta.

**Solución alterna:**

- ❖ Se da la consigna de que no se haga nada concreto que provoque avances, ofreciendo razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir deprisa.
- ❖ Se expresará admiración de que el paciente no esté peor por el problema.
- ❖ Ante los avances reportados por el cliente, el terapeuta: a) evitará cualquier indicación de claro optimismo y de estímulo adicional; b) expresará preocupación y argumentará que un cambio tan demasiado rápido puede agravar el síntoma y c) en coherencia con la estrategia de lentitud, ante los logros no autorizados del paciente, se fijará la próxima sesión por un lapso más largo.
- ❖ Si el cliente insiste en emprender una acción, se le pedirá que sea en un nivel mínimo de ejecución.

### **2.2.2. Los peligros de una mejoría**

**Aplicación:** cuando el paciente no realiza la tarea; en los casos de ansiedad, principalmente en la relacionada al rendimiento.

**Solución alterna:**

- El terapeuta pide dejar de lado el síntoma y enfocarse en los riesgos de una mejoría, el terapeuta puede exponer algún posible inconveniente.
- Una vez establecido el punto anterior, se puede aplicar “no apresurarse”.
- Cuando no realizan la tarea asignada, se les pedirá que no limiten su pensamiento y que detalladamente los peligros de una mejoría, para lo que se pospone la sesión para un tiempo largo.
- El terapeuta puede relatar un caso ficticio, en el que se no tuvieron en cuenta los riesgos de una mejoría en términos del círculo de interacción y las desafortunadas consecuencias que conllevo.

### **2.2.3 Un cambio de dirección**

**Aplicación:** cuando el terapeuta encuentra indicios concretos de que no se producen cambios con el plan actual y para ofrecer al cliente una explicación ante los cambios que hará el terapeuta. Algunos indicios concretos son: a) el cliente insiste en subestimar ó rechazar el camino que le sugiere el terapeuta; b) cuando el cliente accede hacer algo pero que se muestra como no productivo y c) cuando el cliente se queja de “no estar yendo a ninguna parte”.

**Solución intentada:** el terapeuta afirma reiteradamente las mismas cosas, pese a las señales de desacuerdo del paciente.

### **Solución alterna:**

- ❖ Reducir el paso y reevaluar el rumbo que se ha adoptado.
- ❖ Variar la postura, directriz ó estrategia en curso.
- ❖ Invertir la dirección terapéutica cuando se comprueba que la misma no funciona.
- ❖ Adopta una posición de simulada inferioridad y agradecerle al paciente que haga que el terapeuta abandone la senda equivocada.
- ❖ Se asume la posición de inferioridad y se introducen las ideas de un experto “ficticio”, que a juicio de este último solo el paciente puede entender.

### **2.2.4 Cómo empeorar el problema**

**Aplicación:** se aplica en los casos en los que el paciente: a) se ha resistido a anteriores sugerencias; b) se conduce ambiguo; c) se ha mostrado reticente a probar algo nuevo; d) en el final del proceso, para reforzar el progreso obtenido.

**Solución intentada:** el paciente persiste en continuar aplicando las mismas “soluciones”.

#### **Solución alterna:**

- ❖ Ofrecer una sugerencia para que las cosas empeoren ó preguntar si sabe como empeorar ó que haría si empeorara su problema.
- ❖ Prescribir lo que el paciente ha estado haciendo, hasta un extremo que provoque aversión, pero sin presentarlo para que las cosas empeoren.

**Utilidad:** hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

## **2.3 Otras Estrategias (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974)**

**2.3.1 Descubriendo lo encubierto:** esta técnica implica una prescripción del síntoma, haciendo explícito el juego familiar, a partir del cual se pide el cambio de la conducta clave para iniciar y/ó mantener el juego. La prescripción puede incluir implicaciones simbólicas, a partir de la cual se propicia la manifestación de un comportamiento “espontaneo” que hasta entonces permanecía oculto, lo que hace que el juego se vuelva patente, denominada técnica de confusión.

**2.3.2. Divulgar en lugar de ocultar:** esta técnica se aplica en casos de inhibición social ó handicap obstaculizador, consiste en una prescripción de comportamiento mediante divulgar el síntoma, en lugar de intentar controlar y ocultar el estado interior relacionado a tal síntoma, lo que requiere la venta de la tarea conforme a la postura del paciente.

**2.3.3. Los grandes efectos de pequeñas causas:** se aplica en los casos de personas que tienen un constante temor de cometer errores, lo que les lleva a evitarlos y a preparar el terreno para que sobrevengan; también se aplica para los casos de dolores psicógenos, compulsiones, tics, enuresis y multitud de otros estados aparentemente incontrolables. Consiste en solicitarle al paciente que cometa deliberadamente a diario una pequeña equivocación sin consecuencias, estableciendo la premisa de que el control auténtico sobre problemas como el suyo, no solo se logra cuando se es capaz de evitarlos, sino también de crearlos a voluntad.

**2.3.4 El truco de Bellac:** consiste en la aplicación de soluciones extrañas ó absurdas a una situación problemática, en la forma de connotaciones positivas y haciendo la solicitud “se espontáneo”.

**2.3.5 Utilizar la resistencia:** se aplica en los pacientes que parecieran tener la motivación de derrotar al experto, a la vez que clama por ayuda inmediata. Consiste en plantear, con escepticismo, el por qué el paciente tendría que cambiar y a continuación se le exponen los beneficios de seguir donde esta; y ante los intentos de cambio del mismo, el terapeuta planteará el mensaje “ve despacio”, y formulará todo género de objeciones pesimistas.

**2.3.6. Los beneficios de la falta de atención:** consiste en alterar el grado y dirección de la atención que una persona pone en una relación, con el fin de solucionar el problema planteado.

**2.3.7. Tratando utopías:** se refiere a llevar a una utopía más allá de sus propios límites, y ante los intentos del paciente por ser concreto, se les pide más abstracción, argumentando que se le quiere permitir a su imaginación elevarse a un nivel más alto.

**2.3.8. El pacto con el diablo:** esta maniobra se aplica a personas que suelen demorar el realizar una acción que suponga ciertos riesgos e inconvenientes. Consiste en decirle al cliente que existe un plan que hará muy probable el logro de su objetivo, pero que seguramente lo rechazará si se le presenta meramente como otra sugerencia y que por ende tan sólo le será revelado si primero promete llevarlo a cabo sin tener en cuenta lo difícil, inconveniente ó irracional que parezca.

### ***Consideraciones Finales***

Para el Modelo de Terapia Breve la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia con un miembro sintomático, no es necesariamente fundamental; le atribuye una mayor relevancia a la conceptualización que la familia hace de lo que considera un *problema*, así como a las *soluciones intentadas* por la misma en sus esfuerzos por resolverlo, ya que dichos intentos son, desde este modelo, los que mantienen el problema.

Una peculiaridad más de este modelo es que introduce los conceptos de “cambio tipo 1” (más de lo mismo) y “cambio tipo 2” (ó metacambio); este último es en la mayoría de los casos el tipo de cambio buscado, ya que implica el cambio de la regla básica que mantiene el síntoma, en lugar de producir el cambio de tipo 1, que llevan a *mas de lo mismo*.

Al igual introduce, de manera más clara y práctica, la importancia de que el terapeuta asuma una postura determinada para favorecer su *capacidad de maniobra*, además de que adecua la intervención en consideración a la *postura del paciente*; todo lo que le dará más influencia sobre la familia. Similarmente, cuida que el terapeuta este pendiente de las respuestas del cliente para iniciar un cambio de dirección si se necesita.

Finalmente, es interesante comentar que las intervenciones que propone el modelo de soluciones se caracterizan, como habría de esperarse, por ser inusuales y absurdas, así los títulos asignados a las mismas encierran la paradoja que mantiene el problema, e.g.

*Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo; para lo cual propone un cambio de dirección de 180°, que es precisamente lo que les confiere su fuerza para producir el cambio.*

## **2.4 Modelo de Soluciones**

### **A. Antecedentes**

Steve de Shazer (1989), quien es el principal precursor del Modelo de Soluciones, sostiene que las raíces epistemológicas, teóricas e históricas del Modelo yacen en los trabajos de Milton H. Erickson, que le continúan las aportaciones de Gregory Bateson y de su equipo (tal como su propuesta de la “Doble Ligadura”); así como del trabajo de los terapeutas-pensadores del Instituto de Investigaciones Mentales (IIM). Agrega que el desarrollo y la evolución de las ideas son el mérito del grupo del centro de Terapia Familiar Breve (CTFB). Al igual, menciona que sus ideas se nutrieron de las conversaciones informales que mantuvo con Insoo Kim Berg (su esposa y colega) y James F. Derks (Espinosa, 2004); precisa que con la Influencia de Insoo retomó ideas budistas y taoístas en la formación de la epistemología ecosistémica del Modelo de Soluciones

### **B. Definición**

Se refiere a aquel modelo de terapia sistémica que esta enfocado y da énfasis a los lados fuertes, capacidades, recursos y posibilidades del cliente, que están directamente ó indirectamente relacionados a la solución de la queja; haciendo uso técnicas innovadoras (e.g. pregunta por el milagro) y el empleo del lenguaje proposicional.

### **C. Principales Representantes**

El grupo se inicia en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, E.U.A., estaba encabezado por de Shazer y entre sus colaboradores más destacados están: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Se incorporan un poco después: Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (Steve de Shazer, 1989).

Los principales precursores del Modelo de Soluciones son Steve de Shazer y William O’Hanlon, quienes presentan métodos particulares pero que comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (Espinosa, 2004).

### **D. Premisas**

Steve de Shazer (1991) propuso los supuestos de la terapia centrada en soluciones, las que agrupó en lo que denomino “Arbol de la Queja”, y las que dividió en dos categorías

con relación a la queja: a) las que la mantienen (Supuestos 1 y 2) y b) las que la solucionan (Supuestos 3 a 6). Se enuncian enseguida:

- **Supuesto Uno:**

Las quejas involucran conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente (“A” parece ser la opción correcta, la lógica, la mejor ó la única, todo lo demás se excluye). Una queja puede construirse a partir casi de cualquier cosa ó incluso de nada

- **Supuesto Dos:**

Las quejas se mantienen por la idea que tiene el cliente en cuanto a que lo que él decidió hacer para encarar la dificultad original es lo único correcto y lógico que puede hacerse (más de lo mismo).

- **Supuesto Tres:**

Para iniciar la solución de una queja se necesitan caminos mínimos, una vez que el cambio se ha iniciado (como consecuencia de la tarea del terapeuta), el cliente generará cambios adicionales (“efecto de irradiación”).

- **Supuesto Cuatro:**

Las ideas sobre lo que se debe cambiar se basan en ideas sobre aquello a lo que se parecería la visión de la realidad del cliente, si no mediara la queja particular que presenta.

- **Supuesto Cinco:**

Solo es necesario sugerir el encuadre ó los encuadres nuevos; la buena conducta basada en cualquier encuadre nuevo puede promover la resolución del problema por parte del cliente.

- **Supuesto Seis:**

El especialista en terapia breve tiende a otorgar una importancia primordial al concepto sistémico de totalismo: un cambio en un elemento de un sistema, ó en una de las relaciones entre ellos, afectará a todos los otros elementos y relaciones que conjuntamente componen el sistema.

Así también O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) proponen las siguientes premisas del Modelo Centrado en Soluciones:

1. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
2. El cambio es constante, si el cambio es constante te comportas como si fuera inevitable.
3. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
4. Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla, solo es necesario un mínimo de información; centrada en las excepciones.
5. No es necesario conocer la causa ó la función de una queja para resolverla, es suficiente que el problema desaparezca y nunca entender porque se tuvo.
6. Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema (efecto de “bola de nieve”).
7. Los clientes definen los objetivos, solo en circunstancias poco frecuentes se hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los cliente.

8. El cambio ó la resolución de problemas pueden ser rápidos.
9. 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, aunque si hay puntos de vista más ó menos útiles.
10. Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

### ***E. Meta Terapéutica***

La meta terapéutica consiste en la búsqueda y énfasis de las “excepciones”, es decir, en identificar las acciones, patrones, significados, puntos de vista asociadas, directamente ó indirectamente, a la solución de la queja; y favorecer su reaparición, ampliación y mantenimiento; en consonancia con la forma de “cooperancia” del cliente

### ***F. La Planificación***

Steve de Shazer (1989) describe las etapas del proceso de intervención, las que son organizadas como si estuviera presente un equipo terapéutico. Estas etapas se describen a continuación:

#### **1. Planificación previa a la sesión.**

En esta etapa, con anterioridad a la sesión, el equipo compara los datos que conoce de otros casos de familias que incluyan elementos similares a la situación de la familia que consulta, principalmente aquellas intervenciones que resultaron eficaces. Lo que permitirá hacer sugerencias al conductor de la clase de información que es importante que considere indagar.

#### **2. El Preludio**

En esta etapa de la sesión, que dura aproximadamente 10 min., el conductor evita todo examen de los motivos que llevaron a la familia a solicitar la terapia, centrándose en su contexto social. En general, el conductor recoge toda esta información de manera espontánea, en tono coloquial y con espíritu socializador, para ver de que manera el cliente ó la familia ve el mundo.

En la esta etapa, el terapeuta atiende información tal como: a) pautas de interacción la familia; b) las frases y locuciones favoritas que cada cual emplea para describir algo que no constituye un problema y el c) el tipo de predicativo que utilizan; a nivel sensorial (visual, auditivo ó kinésico ó cognitivo). Estas consideraciones son importantes, ya que permitirán generar una intervención isomorfa, es decir una que equipare el vocabulario empleado por el equipo con la cosmovisión y las pautas del cliente ó la familia (Steve de Shazer, 1989).

#### **3. Recolección de los Datos**

Esta fase tiene una duración de entre 30-35 min., consiste en investigar el motivo de consulta, indagando la visión que cada uno de sus miembros tiene del mismo.

El terapeuta mantendrá una actitud acrítica, asumiendo que lo que dicen es “bastante normal y natural teniendo en cuenta la situación”, sus comentarios esclarecerán las descripciones de los miembros y procurará que la familia sea lo más concreta acerca de una situación.

El terapeuta también: a) indagará lo que ha hecho la familia para resolver el problema; b) aprobará los empeños anteriores de la familia para abordar el motivo de consulta, c) aprenderá su forma de cooperancia; d) conseguirá que los miembros de la familia hablen entre sí y sobre sí, mediante un método indirecto, atendiendo los encuadres y secuencias de conductas; e) cuando los motivos de consulta difieren, el conductor los ayudará a focalizar un motivo específico sobre el cual trabajar ó identificará la pauta que conecta los motivos de consulta; f) ayudará a la familia a establecer las “señales de progreso”, precisando el momento en que algo comienza; y g) ante la detección de señales de logro, espaciará las sesiones.

En esta etapa, es cuando se construye un diagrama (mapping) para describir las pautas asociadas a la queja, las que incluyen esquemáticamente las secuencias como los encuadres, en un bosquejo que también incluye las intervenciones.

#### **4. La Pausa para la Consulta: el Diseño de la Intervención**

Esta parte consta de dos partes: a) el elogio y b) el indicio. El elogio se refiere a que se recurrirá a enunciaciones positivas, con las cuales la familia puede concordar, con el objeto de facilitar su aceptación de los *indicios* que siguen al elogio. El indicio, se refiere a las sugerencias ó tareas que se le imparten a la familia, la que se basa en la secuencia conductual del mapa, manteniéndose siempre los más isomorfa posible. Si la familia acepta el elogio, es probable que haga la tarea.

#### **5. Transmisión del Mensaje**

El equipo observará la manera en que reacciona cada miembro de la familia ante los mensajes. Si el conductor encuentra que la familia no da muestras de aceptación, no ha de transmitir el indicio; ello puede sugerir que la descripción efectuada por el equipo no fue lo suficientemente isomorfa.

#### **6. Estudio Posterior**

Consiste en la evaluación de las respuestas inmediatas al mensaje y en la predicción del tipo de respuestas frente a la tarea que referirá en la próxima sesión, así como de los cambios de la pauta que dio motivo a la consulta.

Así también O´Hanlon y Weiner-Davis (1989) sugieren incluir las siguientes directrices en la terapia centrada en soluciones, principalmente en la primer cita.

- ✓ Establecer la *Unión*, la cual consiste en conversar en torno de cualquier cosa distinta al motivo de consulta, mostrando interés genuino por el cliente y ayudándolo(s) a que se sienta(n) cómodo(s).
- ✓ Solicitar una breve descripción del problema.
- ✓ Indagar las *excepciones* al problema.
- ✓ Emplear lenguaje proposicional con diversos fines, como para plantear el cambio como inevitable ó atribuir el mérito de los aciertos.

- ✓ Normalizar y despatologizar la queja, lo que consiste en plantear los problemas, del cliente ó de la familia, como dificultades ordinarias ó normales de la vida.
- ✓ Rastrear y reconocer el impacto positivo que una pequeña ó gran excepción tienen en la vida de la persona.
- ✓ Buscar las capacidades de alguna afición u ocupación, que puedan servir a la solución.
- ✓ Negociar y Definir los objetivos, de lo que se cuidará que: a) sean alcanzables; b) concretos y que c) inicien con un cambio pequeño (un cambio pequeño llevará a cambios adicionales).
- ✓ Hacer pausas para decidir qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante la siguiente retroalimentación.
- ✓ Elaborar un mensaje final que puede incluir las ideas siguientes: a) resumir las cosas bien hechas; b) formular elogios fundamentados; c) plantear comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia y d) exponer la prescripción ó tarea.
- ✓ Ante la dificultad de localizar excepciones, formular connotaciones positivas ó reestructurar.
- ✓ Cuando se imparte un elogio, se observan las respuestas verbales de los clientes y se reduce la interacción al mínimo, ya que si es aceptado, se procede a la intervención.

## **G. Estrategias de Intervención**

A continuación se describen las técnicas que son características del Modelo de Soluciones, primero las referidas por O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) y enseguida el Modelo de Quejas-Soluciones (por nombrarlo de algún modo) propuesto por Steve de Shazer (1991), posteriormente, se da una explicación del lenguaje proposicional, el que no es una técnica como tal, sino una forma de intervención para crear realidades de cambio, parte fundamental del Modelo de Soluciones.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1989); Cade y O'Hanlon (1993) proponen las siguientes técnicas:

**I. "Excepciones".-** consiste en identificar las excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están asociadas a la solución de la queja, para evidenciarlas y favorecer su reaplicación.

**II. "Tarea de fórmula de la primera sesión".-** se refiere a plantearle al cliente la siguiente consigna "desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mí me gustaría que observaras, de modo que puedas describírmelo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, relación...) que quieres que continúe ocurriendo".

**III. "La tarea de la sorpresa para parejas ó familias".-** se formula al cliente la siguiente directriz: "Haz al menos una ó dos cosas que sorprendan a (tus padres, cónyuge, hermana...), no les digas que es, padres (hermana...), su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparen sus notas, haremos eso la próxima sesión".



**IV. “La tarea genérica”**.- consiste en emplear el lenguaje “general e impreciso” del cliente, como punto de partida, para solicitarle una tarea que induzca la expectativa de cambio y aumente su habilidad para concretizar; la consigna podría ser: “fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz espiritual”.

Las técnicas “Regreso al futuro”, “Preguntas sobre el problema”, “Buscar recursos y soluciones como *más de lo mismo*” e “*Hipnosis*” son técnicas útiles cuando el cliente no ubica excepciones, se explican enseguida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

**V. “Regreso al futuro: preguntas de avance rápido”**.- (también denominada “pregunta del milagro”).- esta técnica consiste en pedirle al cliente que imagine un futuro sin el problema y describan cómo es, dando todo tipo de detalles. Su utilidad se refiere a que el cliente tiene claro cuáles son los pequeños pasos que dar antes de que el milagro pueda realizarse.

**VI. “Preguntas sobre el problema”**.- consiste en reunir información detallada sobre la queja, tal como los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ve como un problema, y las circunstancias y la secuencia de eventos cuando sucede el problema; lo que permita precisar el patrón de acciones y los encuadres, que es básico para formular una intervención isomorfa. Las intervenciones, denominadas “Intervenciones sobre el patrón del desarrollo de la queja e Intervención sobre el patrón del contexto relacionado indirectamente a la queja” puede incidir en uno ó varios componentes de la queja, los que se enlistan a continuación:

**A) “Intervenciones sobre el patrón del desarrollo de la queja”**

- 1.1 Cambiar la frecuencia ó tasa de la queja
- 1.2 Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
- 1.3 Cambiar la duración de la queja
- 1.4 Cambiar el lugar en que se produce la queja
- 1.5 Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja
- 1.6 Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja
- 1.7 Descomponer el patrón de la queja en piezas ó elementos más pequeños
- 1.8 Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa

**B) “Intervención sobre el patrón del contexto relacionado indirectamente a la queja”**

Se refiere a alterar los patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja, lo que requiere que el terapeuta pida descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja, pero que parecen acompañarlas habitualmente.













**VII. “Buscar recursos y soluciones como “más de lo mismo”**: se aplica cuando el cliente persiste en asumir una posición pesimista de la queja, consiste en que el terapeuta asuma una posición “pesimista”, en el sentido de que ve innecesario un cambio, pidiendo argumentos del porque el cambio necesita darse.

**VIII. “Hipnosis orientada a las soluciones”**.- es una técnica muy útil que se aplica cuando la terapia parece no avanzar, consiste en evocar capacidades, estimular y emplear procesos, recuerdos y experiencias mediados de forma inconsciente; a partir del trance orientado a soluciones, y a partir de lo cual el cliente diga que hay que hacer para resolver el problema.

**IX. “Ubicación en una Escala”**.- está técnica consiste en pedirle al cliente que se ubique, en un continuo progresivo, que va de 1 a 10, en el punto en que se encuentra con relación a la solución de la queja; también puede pedírsele que compare su situación en un antes-después de venir a la terapia ó el punto en que sentiría satisfecho; lo que es “punto de partida” para plantearle lo que considera tendría que hacer para avanzar a un punto de solución deseable. Esta técnica es útil, ya que intensifica la sugerencia de cambio en la dirección deseada e implica algún grado de control por parte del cliente para establecer esa dirección, principalmente cuando experimente ambigüedad.

Steve de Shazer (1991, p. 48 ) propone un modelo, en que incluye los 12 bloques constitutivos de la queja (que llamó “puertas”), así como las técnicas que consideró más útiles para incidir en un componente en particular. El Modelo se esquematiza en el cuadro 1.

**Cuadro 1.** Diagrama de la queja/soluciones, en el lado derecho de la tabla se enumeran las 12 quejas y en el lado izquierda se ordenan las técnicas sugeridas para la resolución de cada queja (Steve de Shazer, 1991)

<b>Queja:</b>		<b>Técnica sugerida</b>
1. Un trozo ó secuencia de conducta		Tareas
2. Los significados asignados a la situación		Reencuadre ó excepciones a la regla
3. La frecuencia con que se produce la conducta que es motivo de queja		Tareas
4. El lugar físico en que aquella conducta se produce		Nueva ubicación
5. El grado en que es involuntaria		Prescripción del síntoma ó excepciones a la regla
6. Terceros significativos involucrados en la queja, directa ó indirectamente		Se plantea ¿cuándo se resolverá la culpa? ¿qué diferencia representa para ellos?
7. La pregunta de qué cosa ó quien tiene la culpa		Se plantea ¿cuándo se resolverá la culpa?
8. Factores ambientales como el trabajo, el status económico, el espacio en que se vive, etc.		Nueva ubicación
9. El estado fisiológico ó las sensaciones involucradas		Prescripción del síntoma
10. El pasado		Sucesos pasados
11. Horribles predicciones del futuro		Sucesos pasados ó nuevas expectativas
12. Expectativas utópicas		Cambio mínimo ó nuevas expectativas

## X. Intervenciones de enmarcado.-

- **Premisa Principal:** las personas están constantemente desarrollando marcos ó jerarquías (verdades subjetivas) a partir de los cuales dan sentido ó significado a sus experiencias y de qué modo responden a ellas.
- **Objetivo Principal:** ayudar al cliente a “saltar fuera” de los marcos que limitan su capacidad para adoptar perspectivas diferentes y empezar con ello a resolver las situaciones-problema. Abarca las siguientes *técnicas*:
  - **Reenmarcado.-** proceso por el cual el terapeuta proporciona ó alienta el desarrollo de un marco ó significado nuevo ó alternativo para una situación, de modo directo ó indirecto, un reenmarcado roza sentimientos y pensamientos ocultos; connotando positivamente conductas negativas en el sistema de creencias del cliente.
  - **Desenmarcado.-** proceso por el cual el terapeuta desafía (directa ó indirectamente) los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco.

## XI. Intervención en la pauta

- **Premisa Principal:** la queja presentada se resuelve alterando sus pautas de acción e interacción intrínsecas y las que las rodean
- **Objetivo Principal:** alterar el contexto de la queja presentada, mediante alentar a modificar las acciones-problema en un grado pequeño ó insignificante
- **Técnicas:**
  1. Cambiar la frecuencia/el ritmo del síntoma ó la pauta-síntoma.
  2. Cambiar la duración del síntoma ó la pauta-síntoma.
  3. Cambiar el momento (del día/la semana/el mes/el año) del síntoma ó la pauta-síntoma.
  4. Cambiar la ubicación (en el cuerpo ó en el mundo) del síntoma ó la pauta-síntoma.
  5. Cambiar la intensidad del síntoma ó la pauta-síntoma.
  6. Cambiar alguna otra característica o circunstancias propias del síntoma.
  7. Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma.
  8. Crear un cortocircuito en la secuencia (es decir, un salto desde el principio al final).
  9. Interrumpir la secuencia, o impedirla de otro modo, en todo o en parte (hacer que descarrile).
  10. Añadirle ó sustraerle por lo menos un elemento.
  11. Fragmentar algún elemento antes unitario en elementos más pequeños.
  12. Hacer que el síntoma se despliegue sin su pauta.
  13. Hacer que se despliegue la pauta-síntoma con exclusión del síntoma.
  14. Invertir la pauta.
  15. Vincular la aparición de la pauta-síntoma con otra pauta –por lo general, una experiencia indeseada, una actividad evitada, o una meta deseable pero difícil de alcanzar (tarea condicionada por el síntoma).

## XII. Analogía

- **Premisa General:** las analogías, metáforas y chistes ejercen sus poderosos efectos a través del mecanismo de activar pautas asociativas inconscientes y favorecer tendencias de respuestas novedosas ó creativas. Abarca las siguientes *técnicas*:
  - a) **Analogías simples.-** parte de la premisa de que las modalidades sensoriales tienen potenciales emotivos, cada persona tiene una modalidad predominante. Consiste en

construir relaciones: sustantivo-modalidad sensorial predominante, para vislumbrar y generar comprensión y alternativas; consistente en plantear preguntas ó instrucciones, mediante combinar un sustantivo con un adjetivo que denota una cualidad sensorial, para luego pasar de una modalidad sensorial a otra.

**b) Anécdotas, parábolas y relatos.**- se basa en la premisa de que a partir de la correspondencia analógica entre hechos y relaciones es posible generar cambios, aplicando la habilidad de un área a otra. Su objetivo es enseñar, embellecer, explicar, enriquecer y alentar el pensamiento creador y, a veces, para desconcertar; con la finalidad de amplificar algo ó para eludir las tendencias mentales “inconscientes”. Consiste en plantear preguntas considerando la habilidad que una persona tenga en un área determinada y en como abordaría una situación problemática a partir de dicha habilidad.

**c) He conocido una familia que...**se apoya de las experiencias de otras familias, en particular a aquellas que han progresado en algún problema importante; ayuda a las personas a ver que no son las únicas que tienen dificultades, y también estimula la esperanza cuando han fracasado otras formas de aliento y reafirmación. Consiste en que el terapeuta haga un relato sobre la estructura de la familia ó sus experiencias menos exitosas que incite a los clientes a demostrar que el terapeuta está equivocado.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) hablan de la importancia del “lenguaje” “como el método indirecto más influyente para la crear contextos en que se perciba el cambio como inevitable”. Así enfatizan el lenguaje “presuposicional”, que son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, que funcionan como intervenciones y que introducen expectativas de cambio; por lo que su conciencia y manejo facilitará el proceso de cambio.

Conforme a lo anterior plantean sugerencias para la terapia, tales como:

- a) Adaptarse al lenguaje del cliente, empleando inicialmente sus palabras ó expresiones idiomáticas como forma de unirse a ellos y establecer rapport.
- b) Saber algo acerca del trabajo ó las aficiones de la gente para el desarrollo de metáforas a las que respondan favorablemente.
- c) Adoptar las modalidades sensoriales del cliente para indicar comprensión y desarrollar empatía.
- d) Encauzar el lenguaje del cliente, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas y llevándolo hacia la descripción de acciones; lo que permite despatologizar ó normalizar las situaciones de los clientes y propiciar el cambio.
- e) Emplear los tiempos verbales para crear contextos en que se produzca el cambio.
- f) Advertir las sutiles indicaciones de que el cliente ya había empezado a resolver la situación.
- g) Usar intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes y para demostrar nuestra confianza de que se alcanzarán los objetivos.
- h) Introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente para cambiar su punto de vista que tienen acerca de la situación.

### **Consideraciones Finales**

El modelo de soluciones se enfoca más en el reconocimiento de los lados fuertes, recursos y capacidades para la solución buscada (*excepciones*), que la misma persona ya ha aplicado en la resolución de problemas pasados, similares ó diferentes al problema presente.

Así también sostiene que el problema es mantenido por la visión que la familia tiene del mismo; dicha visión es concebida por la familia como la única forma, la más lógica y correcta, de interpretar el problema, por lo que, en este modelo se intentan introducir nuevas distinciones, que consistirán en colocar pequeños cambios en las secuencias de interacción ó en los encuadres de la familia, para favorecer el cambio de perspectiva en la familia que lleve a la solución del problema; aunque de entrada retomará la conceptualización de la familia, con base al principio que denomina “isomórfico”.

Sostiene que un problema puede surgir de nada; así este modelo le atribuye un valor menor a la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia para explicar la existencia de un problema.

Al igual introduce el empleo del *lenguaje proposicional* para plantear el cambio como inevitable, lo que da énfasis al poder que determinadas palabras y frases tienen en el proceso de terapia. Así también, considera sumamente importante hablar con el propio lenguaje del cliente, además de retomar sus intereses y aficiones en la construcción de la intervención.

Similarmente a otros modelos, adecua su intervención, con base a la forma de cooperancia de la familia; en este sentido, no aplica una receta única, sino que coloca las premisas y estrategias del modelo al servicio y características de la familia.

Como otros modelos de terapia sistémica, este modelo valora continuamente la reacción de la familia a las intervenciones, cambiando de dirección ó formula ajustes si es conveniente para la familia.

Finalmente, otra peculiaridad de este modelo es su enfoque a futuro para generar expectativas de cambio, que aunque es manejado en otros modelos, en este se da con mayor énfasis y es premisa fundamental de la mayoría de sus intervenciones, como la denominada *pregunta del milagro*.

## **2.5 Modelo de Milán**

### **A. Antecedentes**

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) realizan una reseña histórica de los precursores del Modelo Milán, los datos más importantes se exponen a continuación:

➤ En 1967, Mara Selvini Palazzoli, quien laboraba como psicoanalista de niños en Milán, organizó un grupo con psiquiatras. Tal grupo intentó aplicar los conceptos

analíticos para el trabajo con familias, sin embargo, encontró que eran inoperantes, debido a lo cual tuvo que adoptar y desarrollar una nueva epistemología para tal fin.

- En 1971, Selvini-Palazzoli, Boscolo, Prata y Cecchin, se escindieron del grupo original, defendiendo la idea de que las familias podían ser abordadas más apropiadamente con el modelo de los sistemas familiares. El nuevo grupo fundó en Milán, con recursos propios, el Centro per il Studio della Famiglia; teniendo en sus inicios la asesoría de Watzlawick del MRI.
- Hacia finales de los 70s el grupo de Milán reconoce que el campo de la terapia incluía a todo profesional que estuviera ligado con la familia. Posteriormente el equipo incorporó un “sistema de observación”, que le llevó a un abordaje sistémico de orden segundo en la terapia.
- En 1972, el grupo retomó las investigaciones de familias que Bateson y su equipo habían generado; estos últimos además participaron en un proyecto en comunicación en Palo Alto, quien más tarde se transformaría en el Mental Research institute (MRI), dirigido por el psiquiatra Don. D. Jackson; trabajo que contribuiría para el desarrollo del Modelo de Milán.
- El Modelo de Milán tomó y amplió algunos conceptos y técnicas terapéuticas propuestas por el MRI; aunque se diferenció de este último, en que el Modelo de Milán dio relevancia al contexto social, al servicio de la homeostasis “familiar”, en la labor terapéutica.
- En 1977 el equipo de Milán publicó “Paradosso e contrapadosso”, obra en la que se plasmó la primera e innovadora formulación teórico metodológica del Modelo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).
- Para 1977 Boscolo y Cecchin comenzaron a dedicarse a la docencia, lo que comenzó a gestar las condiciones para un cambio de atención, de la conducta familiar a la del terapeuta.
- Inspirados en el “interrogatorio circular”, el equipo de Milán publicó en 1980 el artículo “Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session”
- En 1980, el Centro de Milán se dividió, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini-Palazzoli y Prata, estos primeros se denominaron “Asociados de Milán” y continúan centrándose en la formación de terapeutas, mientras que Selvini-Palazzoli y Prata se dedicaron a la investigación.
- Boscolo y Cecchin continuaron dándole un gran peso a la noción de “circularidad cibernética” propuesta por Bateson en “Step to an ecology of mind”; conduciendo al desarrollo del interrogatorio circular. También se apartaron de los modelos instrumentales del período estratégico, determinaron que la prescripción paradójica podía impactar como connotación negativa, lo que llevaba a las familias a abandonar la terapia y a generarles culpa, debido a lo cual optaron por una posición más “neutral” poniendo

todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor ó mitos compartidos (“connotación lógica”). Además, consideraron que el incumplimiento de una directiva no se interpreta como una “maniobra de la familia” para derrotar al equipo, sino un testimonio del modo en que funciona el sistema familiar. Otro cambio lo representó el “cuestionamiento circular”, el que polemizó la necesidad de impartir una *prescripción* ó una *connotación positiva* al final de la entrevista.

➤ Las influencias más recientes sobre los asociados de Milán, Boscolo y Cecchin, se encuentran en los biólogos cognitivos como Maturana y Von Foerster, y las teorías de Ernst von Glasfeld y otros “constructivistas extremos” como Maturana, 1979; principalmente en su noción de que la realidad es un constructo social; lo que le llevó a Milán a dar más prioridad a las ideas, creencias, mitos, valores, percepciones, fantasías como meta de cambio.

Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino (1990) mencionan los acontecimientos históricos más importantes del Modelo de Milán, los que se referirán enseguida:

- Al igual que Boscolo y Cecchin; Selvini-Palazzoli y Prata reconocieron que los cambios generados por la paradoja estratégica eran poco duraderos, debido a su “arbitrariedad, carácter genérico y estereotipia” (p. 25) de dicha intervención, por lo que abandonando poco a poco el recurso de los “*reframing* paradójicos” (p. 29), reservándolo para la terapia de una determinada situación específicamente detallada.
- En 1979, Selvini-Palazzoli y Giuliana Prata iniciaron un nuevo programa con familias que presentan un miembro esquizofrénico ó psicótico; de lo que emergería la creación de una prescripción fija e invariable, es decir aplicable a las distintas familias.
- En 1982 Selvini Palazzoli y Prata formaron un nuevo equipo con Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino. En 1985 Prata se separó del equipo, dedicándose a otros programas de trabajo autónomo con familias.
- En 1990 Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino propusieron la “Intervención Invariante”, la que consistió en una secuencia descriptiva, comunicada sistemáticamente a todas las familias con hijos anoréxicos y psicóticos; de la que se consideró que “al actuar en múltiples niveles relacionales, podía interrumpir la trama de juegos que no era indispensable descifrar de antemano” (p.33); intervención que quedó plasmada en su obra: “Los juegos psicóticos en la familia”.

## **B. Definición**

Se refiere a aquel modelo de terapia sistémica que se enfoca y da énfasis a las percepciones y creencias de la familia como determinantes de la patología familiar, esta última se expresa a través del síntoma del paciente identificado, dicho síntoma cumple una función homeostática en el sistema familiar. La labor terapéutica está encaminada a instigar los cambios mediante la introducción de una metarregla de cambio (Ochoa de Alda, 1995).

### **C. Principales Representantes**

En 1971, el grupo iniciador del Modelo de Milán estuvo conformado por Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin; siendo esta la primera quien encabezó al equipo.

En 1980, el Centro de Milán se dividió, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata, estos primeros, estos primeros se denominaron “Asociados de Milán” y continúan centrándose en la formación de terapeutas, trabajando posteriormente con Lynn Hoffman y Peggy Penn ( Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Al escindirse el grupo original, Selvini-Palazzoli y Prata se dedicaron a la investigación (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). En 1982 Selvini-Palazzoli y Prata formaron un nuevo equipo con Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino. En 1985 Prata se separó del equipo, dedicándose a otros programas de trabajo autónomo familias (Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino, 1990).

Otros precursores del Modelo de Milán son: Keeney, mismo que realizó trabajos con los fundamentos de Milán, tal como su concepción de “Epistemología Ecosistema” y “cibernética de la cibernética”; Tomm Karl, quien ha examinado los niveles de significado y su impacto en la familia, y Ilya Prigogine quien aportó el concepto “retroalimentación evolutiva” en la comprensión de la familia como un sistema en el que opera el cambio (Sánchez y Gutierrez, 2000).

### **D. Premisas**

El Modelo de Milán, basado en los modelos de la cibernética y de la pragmática de la comunicación humana; formuló los principios que habrían de conducir su labor terapéutica, se enuncian algunos enseguida:

1. La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores.
2. Las reglas se refieren a los intercambios que se suceden en el grupo natural, y que tienen el carácter de comunicación, tanto de nivel verbal como de no verbal.
3. Las familias que presentan conductas diagnosticadas como “patológicas” en uno de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología.
4. Las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permitan mantener las reglas (ó normas) y, por lo tanto, las relaciones patológicas.



5. Las conductas sintomáticas son parte de las relaciones peculiares de ese sistema, por lo que para influir sobre los síntomas habrá que intentar cambiar las reglas.
6. En los sistemas patológicos aparece la tendencia, cada vez más rígida, a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.
7. Para propiciar el cambio habrá que abandonar una visión mecanicista-causal de los fenómenos para adquirir una visión sistémica.
8. El comportamiento es entendido dentro del contexto pragmático de los comportamientos que lo han precedido.
9. El poder de lograr “ganar” ó “perder” se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto pragmático de aquellos que están implicados.

Los axiomas de la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991) son:

1. No es posible no comunicarse.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, que el segundo clasifica al primero, y es, por ende, una metacomunicación.
3. La naturaleza de una relación depende de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos ó complementarios, según que estén basados en la igualdad ó la diferencia.

### ***E. Meta Terapéutica***

La meta terapéutica consiste en favorecer ó contribuir al cambio concertado por los miembros de la familia. Desde las premisas del modelo, el cambio consistiría en alterar el juego familiar; constituido éste último por las relaciones de los miembros y sus creencias; mediante modificar las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas, conforme al momento evolutivo que atraviesa la familia (Ochoa de Alda, 1995).

Conforme a lo anterior, en la labor terapéutica “no se define un objetivo concreto para la familia, de tal manera que estos tiendan un puente hacía la consecución de un cambio específico más deseable” (Ochoa de Alda, 1995, p. 65).

### ***F. La Planificación***

En la forma de trabajo del equipo original (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Prata y Cecchin, 1971) la cual prevalece actualmente en el equipo de Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987), la sesión terapéutica está constituida de 5 partes, estas son:

1. **Reunión previa:** el equipo formulaba una hipótesis preliminar acerca del problema-queja de la familia.
2. **Entrevista:** 2 integrantes del equipo entrevistan a la familia, mientras que los miembros del equipo confirman, modifican ó sustituyen la hipótesis.
3. **Intervalo para debatir:** dura aproximadamente 40 minutos, el equipo se reúne a solas para discutir la hipótesis y llegar a una intervención.
4. **Intervención:** los terapeutas que trabajan con la familia regresan junto a ella y pronuncian su intervención; que puede ser una connotación positiva ó un ritual a cumplir.
5. **Debate final:** el equipo se reúne para analizar las reacciones de la familia y programar la próxima sesión.

Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino (1990), desarrollaron una nueva metodología a la que llamaron “Prescripción Invariante”, basada en la creación de su propuesta que denominaron Modelo General del Origen de la Psicosis. Primeramente se presentará un resumen del Modelo General del Origen de la Psicosis y posteriormente se describirán las etapas de la “Intervención Invariante”.

### **I. Modelo General: Proceso Interactivo de Seis Estadios en el Origen de la Psicosis**

En el Modelo General del Origen de la Psicosis, se ubican 6 estadios, los que se describen a continuación (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino, 1980):

❖ **Primer Estadio:** “El Impasse en la Pareja conyugal”.- en este estadio la pareja parece estar destinada a afrontar eternamente una situación sin salida; cada uno exhibe una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes: un miembro de la pareja (llamado “provocador activo”) pareciera estar a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro (“provocador pasivo”), sin perder la calma invariablemente realiza una movida que, desde su posición de imperturbabilidad, equilibra el puntaje, aunque sin querer en absoluto abusar de su victoria. Este juego del impasse apunta a evitar la escalada y por consiguiente el cisma.

❖ **Segundo Estadio:** “la Intromisión del hijo en el Juego de la Pareja”.- en este estadio, en medio del impasse de la pareja, un hijo atribuye linealmente razones y culpas, tomando al provocador pasivo por una víctima y al activo como un verdugo, de lo que se solidariza con el padre que a él le parece “perdedor” contra el padre a quien cree “vencedor”. Es esta la fase más difícil de reconstruir debido a que es la más secreta y negada, encerrada en una promesa ambigua, lo que lleva a un movimiento oscilante de las coaliciones. Esta coalición es instrumental, en tanto el centro de interés del padre “provocador pasivo” es el cónyuge, y no el hijo, quien se ilusiona creyendo haberse convertido en el cónyuge sustituto, alcanzando el carácter de “embrollo”.

El embrollo es un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer una ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es sino que es el instrumento de una estrategia que apunta contra alguien, en general el otro cónyuge. El equilibrio entra en crisis y explota la conducta sintomática en el momento que el hijo seudoprivilegiado

intuye que ha sido instrumentalizado por el padre, engañador y estafador; lo que le puede llevar al drama psicótico. (p. 82-83).

❖ **Tercer Estadio:** “La Conducta Inusitada del Hijo”.- al darse cuenta el hijo aliado de que su adhesión secreta al “perdedor” no ha alentado a este a reaccionar; su solidaridad expresada en señales casi imperceptibles de provocación pasa a la manifestación de una nueva conducta, sin características de patología, tal como desafiar con su desobediencia las reglas del “provocador activo”; este cambio en su conducta persigue dos objetivos, por un lado, apunta a desafiar la arrogancia del vencedor, haciéndole pagar sus provocaciones, y segundo, mostrar al perdedor como debe hacerle para rebelarse.

❖ **Cuarto Estadio:** “el Viraje del Presunto Aliado”: en esta fase, en la que continúa el impasse de la pareja y el hijo ha fracasado en su pretensión de lograr justicia para el cónyuge “perdedor”; este último, ante las sublevaciones del hijo, no desmiente su rol de aguantador y más aún, viraje extremo, toma partida por el vencedor en contra del hijo, desaprobándolo y hasta castigándolo, colocándose del lado del cónyuge “vencedor”.

❖ **Quinto Estadio:** “la Eclósión de la Psicosis”: habiendo fracasado el hijo en su propósito de someter al padre vencedor y de haber sido traicionado por su cómplice secreto, se siente solo y abandonado, con la conciencia de haber sido engañado y usado; y en medio de la confusión, el retraimiento depresivo ó invadido por el furor destructivo, el paciente no abandona el juego, pues no concibe la posibilidad de declararse derrotado. La sintomatología psicótica será el arma que le permitirá prevalecer, doblegará al “vencedor” y le demostrará al “perdedor” lo que es capaz de hacer.

❖ **Sexto Estadio:** “Las Estrategias Basadas en el Síntoma”.- si el juego de la familia continúa, la sintomatología psicótica se instaura y tiende a hacerse crónica; así alrededor del síntoma del hijo cada miembro de la familia ha organizado su propia estrategia, que tiene el efecto pragmático de mantenerlo, por ejemplo, a través de la tolerancia a sus síntomas. En esta fase, más que hacerse crónica la sintomatología del paciente, se hacen crónico el impasse.

## **II. Planificación: la Prescripción Invariante**

Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino (1990) propusieron la “Prescripción invariante”, la que consistió en una secuencia descriptiva, comunicada sistemáticamente a todas las familias con hijos anoréxicos y psicóticos; de la que se consideró que “al actuar en múltiples niveles relacionales, podía interrumpir la trama de juegos que no era indispensable descifrar de antemano” (p.33). La “Prescripción invariante” esta compuesta de 7 etapas, las que se describen a continuación:

**1. Primer sesión de consulta:** se sondean con sumo cuidado, consideración y respeto, las relaciones del núcleo con las familias de origen, principalmente las relaciones intergeneracionales; identificando quien podría ser fuente importante de información. Se evita: a) invitar simultáneamente a la familia de origen, paterno y materno, de la pareja; b) indagar la relación de los cónyuges. Finalmente se despiden a aquellos que no

forman parte del núcleo familiar, manifestando agradecimiento y solicitando que se queden en casa.

**2. La segunda sesión y la exclusión de los hijos:** se centra en la averiguación estructurada de la relación con los parientes excluidos, recogiendo información importante con respecto al juego con los parientes que forman parte de la familia extensa, observando quien habla y quien calla, y en el desarrollo a nivel verbal y analógico de posibles alianzas opuestas; nuevamente se trata marginalmente y por vía indirecta las relaciones entre los padres. Para la próxima sesión se cita exclusivamente a los padres.

**3. La tercera sesión con los padres solos:** se prevé una actitud de defensividad e incomodidad en los padres al excluir al miembro "enfermo", debido a lo cual la sesión iniciará con lo que pensaron los cónyuges al citarlos solos; luego se pasará a indagar las reacciones de los hijos a quienes se dejó en casa. Es esta una sesión intensa y esclarecedora de los problemas de pareja de los padres, lo que favorecerá una mayor credibilidad, que a su vez permitirá inducir con mayor facilidad el compromiso de la primera prescripción "el secreto". Al inducir esta primera prescripción no habrá prisa, disponiéndose de tiempo para prepararse para la observación e indagando con calma y comprensión las reacciones de los cónyuges ante tal consigna. Si se cumple con la tarea se pasa a la siguiente etapa.

**4. La prescripción del secreto:** de la encuesta verbal (prescripción) se pasará a la propuesta de colaboración activa, lo que se formulará explícitamente a la pareja. Se darán indicaciones escritas a la pareja, de lo que deberán contestar y las condiciones, a los pedidos de aclaraciones de parte de la familia nuclear y extensa. La respuesta prescrita que deberán dar, se plantearán de manera similar, obligatoriamente y con cortesía. En caso de que algún cónyuge violara la prescripción del secreto, constituirá un indicio muy importante con el que se trabajará, dado que su rechazo revela una parte destacada de ese juego que sostiene el síntoma del P.I. la información proporcionada será punto de partida para intervenciones importantes, que puedan inducir una crisis. La prescripción concluye con el pedido, a cada uno de los cónyuges, de registrar cuidadosamente en sus libretas respectivas las reacciones de los miembros ante el secreto. Se programa una siguiente cita, la que se podrá revelar a los miembros de la familia, ya que les indicará que la terapia continúa.

**5. La cuarta sesión:** una vez que los padres han cumplido la prescripción del secreto, se designará como coterapeutas y se les informará que de ese momento en adelante solo se trabajará con ellos; lo que apunta a reforzar y valorizar a la pareja parental, porque el equipo terapéutico se alía explícitamente con los mismos. Posteriormente recibirán la prescripción de las desapariciones nocturnas.

**6. La prolongación sucesiva de las desapariciones:** Si los padres hubieran ejecutado con éxito la tarea precedente, en las sesiones sucesivas se prescribirá la prolongación sucesiva de la duración de las desapariciones hasta la desaparición del síntoma y el consiguiente cambio del juego familiar.

### **G. Estrategias de Intervención**

Es importante mencionar que aunque se dividió el equipo de Milán original; sus precursores, permanecieron fieles a los principios de "hipotetización, circularidad y neutralidad" (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino, 1990). Tales principios, aunque no son estrategias de intervención como tales, son elementos básicos del

Modelo, ya que son directrices y posturas que posibilitan la labor terapéutica; debido a lo cual se enunciarán dentro de este apartado.

Las estrategias de Intervención del Modelo de Milán han evolucionado a lo largo del tiempo, en este apartado se describirán las primeras estrategias, plasmada en su primer obra "Paradoja y Contraparadoja" (Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, 1997). Posteriormente se referirán las críticas al empleo de las misma y se dará una breve explicación de la forma de trabajo actual en los dos grupos de Milán: el constituido por Selvini-Palazzoli, Cirillo, Matteo-Selvini y Sorrentino (1990), y el formado por Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987

### **I. Hipótesis, Circularidad y Neutralidad.**

El equipo de Milán propuso 3 principios para la conducción de la entrevista sistémica, los que denominó hipótesis, circularidad y neutralidad. A continuación se describen:

**a) Hipotetización:** es una formulación que intenta dar sentido a un problema familiar dentro de su contexto, de tal forma que explica los elementos contenidos en un problema y el modo en que vinculan entre sí (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La información para la formulación de una hipótesis se genera de tres vías: a) la retroalimentación inmediata (verbal y no verbal) que la familia proporciona; b) datos adquiridos en la investigación de familias que presentan un miembro con una sintomatología similar y c) la retroalimentación retardada, es decir la que resulta de las intervenciones en sesión, prescripciones y rituales dados por el terapeuta al final de la sesión (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. G 1980)

Por otra lado, La hipótesis sistémica debe considerar al menos dos condiciones (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. G 1980), estas son:

- 1. Tener un valor funcional:** lo que significa que posibilite, por parte del terapeuta, la detección de patrones de relación, los que muy probablemente serán provocados y desenmascarados, e introducir el poderoso elemento de lo inesperado e improbable en el sistema familiar mediante introducir información que significa poder de organización (neguentropía).
- 2. Ser sistémica:** lo que significa que debe incluir a todos los componentes de la familia, así como contener una suposición referente a la función relacional total.

**b) Circularidad:** se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la realimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos y, por lo tanto, de diferencias y cambios (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). Una herramienta fundamental para tal fin el empleo del cuestionamiento sistémico, por ejemplo, a partir de la formulación de preguntas circulares.

Una clasificación de preguntas se enuncia en enseguida (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987):

- Preguntas acerca de diferencias en la percepción de los vínculos: ¿quién es más apegado al padre, su hijo ó su hija?
- Diferencias de grado ¿cómo calificas la gravedad de las peleas de esta semana en una escala de 1 a 10?
- Diferencias entre “entonces” y “ahora” ¿ella empezó a bajar de peso antes de que su hermana se marchara a Chiapas ó después?
- Diferencias hipotéticas ó concernientes al futuro: si ella no hubiese nacido ¿su matrimonio sería diferente hoy? Si usted se divorcia ¿con que progenitor se quedan los hijos?

Los métodos prácticos para solicitar información son (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. G 1980) en términos de:

- Conducta interactiva específica en circunstancias específicas.
- Diferencias de conducta y no en términos de adjetivos supuestamente intrínsecos de la persona.
- Catalogar ó clasificar una conducta específica ó una interacción específica, por parte de varios miembros de la familia; revelando la posición de los miembros en el “juego familiar” y exponiendo las discrepancias en las distintas clasificaciones.
- Cambio en la relación (ó mejor, en conducta indicativa del cambio en la relación) antes y después de un evento preciso (investigación diacrónica).
- Diferencias respecto a las circunstancias específicas. En este método el terapeuta investiga como cada miembro reacciona al síntoma, desde un modelo triádico (un miembro es invitado a describir cómo otro miembro reacciona al síntoma y de que forma reacciona otro miembro a esa reacción).
- La ampliación gradual del campo de observación. Este método incluye la investigación de los subgrupos, ya sea: a) en términos de diferencias y/ó b) en términos de conducta interactiva específica en circunstancias específicas. Una vez que se indaga a la familia nuclear, se puede ampliar a las familias de origen.

**c) Neutralidad:** consiste en la disposición de adoptar varias posiciones, que permita al terapeuta pasar de una persona a otra en forma equivalente. La neutralidad es sinónimo de “esforzarse de no ser inducido por el sistema familiar” y “ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia” (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El terapeuta es neutral cuando esta aliado a todos y a ninguno de los miembros de la familia a la vez, cuando neutralizar cualquier intento de coalición, seducción ó relaciones privilegiadas por parte de algún miembro; manteniendo con ello un nivel diferente (*metanivel*) del de la familia (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. G 1980):

II. Estrategias de Intervención: Paradoja y Contraparadoja.

Las estrategias de intervención propuestas por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin. y Prata (1991) son:

**1.- Connotación Positiva:** principio terapéutico paradójico, que consiste en connotar como positiva la tendencia homeostática del sistema, a partir del síntoma del paciente designado y de los comportamientos sintomáticos de los otros miembros. La función de

dicho principio es el de facilitar a los terapeutas el acceso al modelo sistémico, abriendo el camino a la paradoja.

**2.- Prescripción en la Primera Sesión:** mandato paradójico, que por lo general incluye a todos los miembros de la familia, que insiste en la persistencia e incluso intensificación de las pautas interaccionales que mantienen el síntoma por los fines homeostáticos “generosos” que cumplen; enunciando implícitamente su ejecución pese a que han resultado infructuosos. La finalidad consiste en propiciar el cambio, constituir una marca de contexto terapéutico designándolo como tal, estimar la disponibilidad de la familia para cooperar, obtener nuevos datos y estructurar la sesión siguiente.

**3.- Rituales Familiares:** es una prescripción, a menudo precisada por escrito, que pretende cuestionar la validez del mito familiar que es precisamente el que mantiene el síntoma del paciente identificado, mediante cambiar las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar. La formulación de un ritual requiere primeramente conocer la historia completa de la familia y la evolución transgeneracional de su mito.

En su aspecto formal, un ritual familiar consiste de una acción ó de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas ó expresiones verbales, de las que participan todos los miembros de la familia “(p. 109), y que incluye la modalidad a la que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con que secuencia, entre otros.

**4.- De la Rivalidad con el Hermano al Sacrificio por Ayudarlo:** es una prescripción en la que se “traslada rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno ó más hermanos ó hermanas considerados sanos por la familia; mencionando que el P.I. esta resuelto a sacrificarse por ellos, mediante lograr la atención y preocupación de los padres, e incitándolos a liberarse, para hacerse independientes” (p. 112). Esta intervención tiene la finalidad de “asestar un poderoso golpe al statu quo”, principalmente en la simetría encubierta de los padres quienes han tratado otorgando privilegios especiales a unos hijos, y han excluido a otros; lo que encierra una maraña de coaliciones encubiertas y negadas.

**5.- Los Terapeutas se Hacen Cargo del Dilema de la Relación entre Padres e Hijos:** prescripción que se aplica en familias con un hijo único, consiste en que el equipo y el terapeuta se asignan a si mismos, en el momento oportuno, los problemas de la relación intergeneracional. Lo que impide que caiga en la negación ó descalificación de los padres, lo que es una ventaja terapéutica ya que contribuye al impacto en la epistemología familiar.

**6.- Los Terapeutas Aceptan Sin Objeciones una Mejoría Sospechosa:** es una maniobra terapéutica que consiste en aceptar sin objeciones una mejoría ó una desaparición del síntoma que no parecen justificados en absoluto por el correspondiente cambio en el sistema de interacción familiar, tomando el equipo y terapeutas la iniciativa de terminar la terapia, dejando abierta la posibilidad de que cierto número de sesiones puedan tomarse en el caso que la “curación no resista mucho tiempo” (p. 125-126). Así la familia se encuentra atrapada en la trampa paradójica de ser designada como la

iniciadora de una decisión que, en realidad, es tomada por los terapeutas; colocando a la familia en la necesidad de volver a pedir, tarde ó temprano, la continuación de la terapia.

**7.- Como Recuperar a los Ausentes:** prescripción inmediata, que se aplica cuando miembro de ausenta de la sesión, dirigido a la familia, escrita en un sobre sellado que deberá ser leída por un miembro, cautelosamente elegido, en su propio domicilio; en la hora y lugar indicados, estando la familia completa; y en la que se hace énfasis en la intención “generosa” del miembro ausente y la consigna del mantenimiento del síntoma en pro del bienestar familiar y pese a las desventajas, las que se enuncian una a una, que implica en el desarrollo del P.I.

**8.- El problema de las coaliciones negadas:** las coaliciones negadas son connotadas positivamente en su intencionalidad honesta y afectiva cuando se ponen en evidencia, aunque sea en forma alusiva.

**9.- Los Terapeutas Declaran la Propia Impotencia sin Reprochársela a Nadie:** prescripción en la que los terapeutas declaran honestamente, tanto a nivel verbal como no verbal, su impotencia ante la ausencia de cambios en la familia; evitando todo reproche a la familia y reconociendo la colaboración de la familia, que ha hecho todo lo posible por ayudar; posteriormente se fija la fecha de la próxima entrevista y se cobran los honorarios correspondientes. En este tipo de intervención se cuida el *Timing*, que se da cuando el ensañamiento de los terapeutas denuncia la escala, mientras que la familia refuerza sus descalificaciones (p.161). Se aplica a familias que posterior a una intervención, vuelven a la sesión inmodificadas por haber descalificado y “olvidado” ó escapado totalmente el comentario de los terapeutas.

**10.- Los Terapeutas se Autoprescriben la paradoja Extrema:** tiene la finalidad de destruir el pedido paradójico “Solo podréis ayudarme no siendo lo que sois”, para lo cual se idearon dos contraparadojas: a) darle a este pedido paradójico una connotación positiva, como algo justo y legítimo y b) la prescripción, dirigida a los terapeutas y equipo, de acceder a dicho pedido, reconociendo que el éxito de la terapia depende de cumplir con tal autoprescripción.

**11.- Los Terapeutas Abandonan el Rol Paterno, Prescribiendo Paradójicamente a los Miembros de la Última Generación:** consiste en la prescripción de la parentificación (se refiere “a la distorsión subjetiva de una relación, como si el otro miembro de la pareja, ó aún los hijos, fueran los padres”, p. 176) a los miembros de la última generación, generalmente los hijos, en determinado momento de la terapia familiar que coincide con la abdicación, por los terapeutas, del rol paterno delegado en ellos por el sistema. Consiste en enviar la consigna de que los hijos son los responsables de ayudar a sus padres, a la vez que los terapeutas se declaran incapaces de responder a sus expectativas, metacomunicando el carácter conflictivo de dichas expectativas y abandonando el campo. Esta intervención tiene dos fines: a) evitar que se perpetuara la parentificación de los terapeutas, b) que los hijos retomen el rol paterno y c) confirmar a los padres.



### III. Crítica del empleo de las intervenciones paradójicas y contraparadójicas

Es importante precisar que las intervenciones propuestas en la fuente “Paradoja y Contraparadoja” se consideraron herramienta básicas en la labor terapéutica, sin embargo, el equipo demeritó su contribución, por diversos motivos, algunos de ellos:

- ❖ La práctica demostró la limitada funcionalidad de la paradoja estratégica en la idea que se tenía de la misma como “una provocación capaz de impulsar a la familia al cambio por el ímpetu de la cólera” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino, 1990; p.25).
- ❖ Se reconoció que los cambios generados por la paradoja estratégica eran poco duraderos, debido a su “arbitrariedad, carácter genérico y estereotipia” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino, 1990, p. 25).
- ❖ Palazzoli y Prata, la dejaron de considerar una intervención básica, al apuntar íntegramente a la experimentación de una estrategia prescriptiva, abandonando poco a poco el recurso de los *reframing* paradójicos” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino, 1990, p. 29), reservándolo para la terapia de una determinada situación específicamente detallada.
- ❖ Lynn Hoffman demeritó el impacto de la paradoja sistémica al sostener que la contribución más importante es el trabajo de investigación para construir una hipótesis que explique la presencia del síntoma en la familia y su conexión con el todo y no la paradoja sistémica (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; p.30).

### IV. Otras propuestas para el empleo de preguntas desde Milán.

Tomm (1988) propone una clasificación de las preguntas para la intervención, conforme a dos dimensiones:

1. La primer dimensión es un continuo que considera *la intencionalidad* del cambio que yace detrás de la pregunta, en el extremo del continuo predomina la intención orientada al cambio en la percepción y entendimiento de uno mismo; y en el otro extremo la intención de influenciar para el cambio de otros.
2. Una segunda dimensión tiene que ver con la variación de las *presuposiciones* acerca de la naturaleza del fenómeno mental y el proceso terapéutico; en un extremo del continuo predominan los presupuestos lineales ó causa- efecto; y en el otro, los presupuestos circulares ó cibernéticos.

Una intersección de estas dos dimensiones básicas: intencionalidad terapéutica y presupuestos terapéuticos, ocupan cuatro cuadrantes; los cuales pueden ser usados para distinguir 4 tipos de preguntas (véase cuadro 1).

Los 4 tipos de preguntas se describen enseguida:

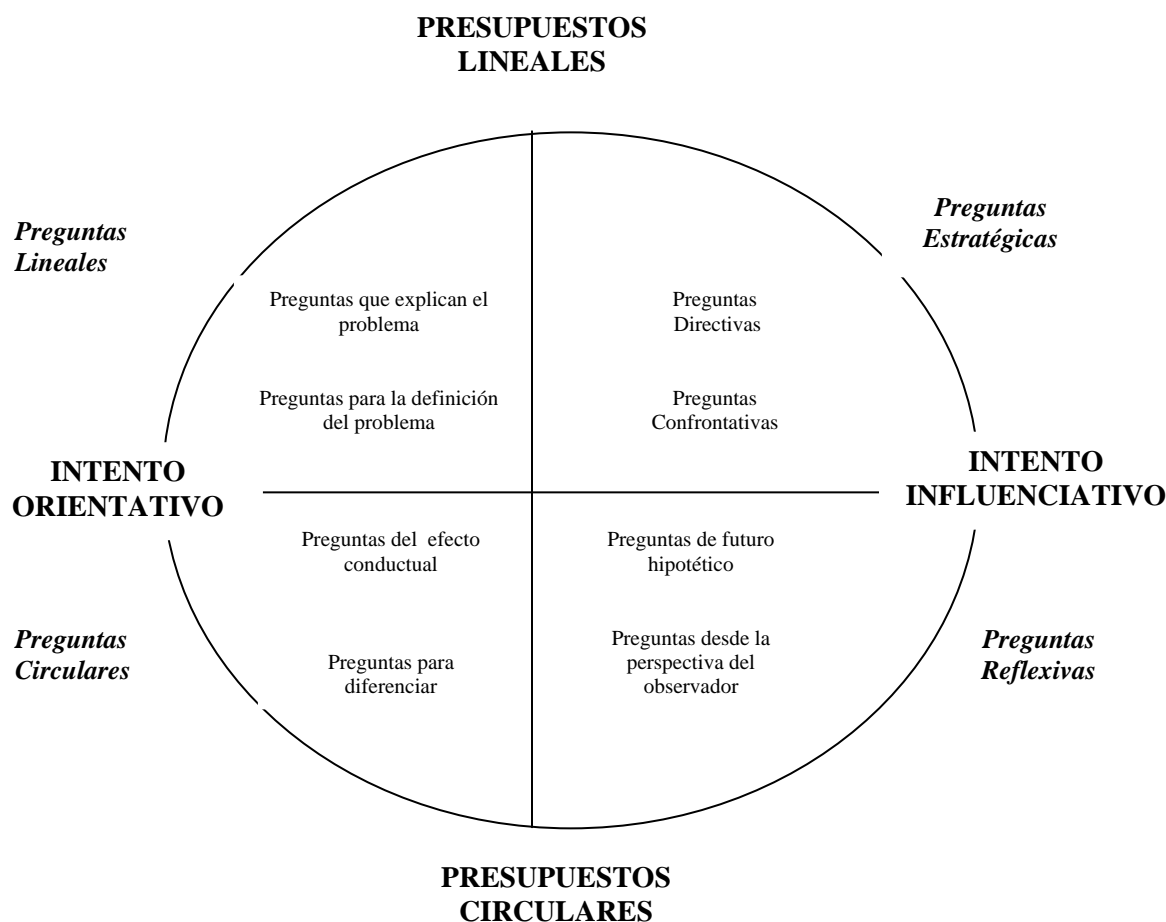
- a) Si el terapeuta asume que los eventos explorados ocurren predominantemente de una manera lineal ó de causa-efecto, las preguntas se denominan *preguntas lineales*, el intento detrás de estas preguntas es predominantemente investigativo. Permiten unir a los miembros de la familia a través de sus típicas visiones lineales de su situación problemática. Las preguntas básicas son: ¿quién hizo qué? ¿dónde? ¿cuándo? Y ¿por qué?

Las *preguntas lineales* acerca de los problemas tienden a llevar una actitud enjuiciadora, lo que puede generar defensividad en el cliente ó familia y puede inadvertidamente incrustar a la familia aún más profundamente en percepciones lineales mediante validar implícitamente creencias preexistentes. Aunque son útiles en el establecimiento de un compromiso inicial

b) Si el terapeuta asume que los eventos explorados son circulares, recurrentes ó cibernéticos; las preguntas orientadas serán denominadas ***preguntas circulares***. El intento detrás de estas preguntas es exploratorio. Las preguntas son formuladas para poner de manifiesto la “pauta que conecta” personas, metas, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, eventos creencias, contextos, etc., en circuitos recurrentes ó cibernéticos.

El efecto de las *preguntas circulares* tiende a ser más neutral y aceptante; lo que genera en los miembros de la familia menor susceptibilidad a ser juzgados.

c) Si el terapeuta asume que es posible influir sobre otros directamente a través de entradas de información ó interacción instructiva, entonces las preguntas de influencia pueden ser consideradas como ***preguntas estratégicas***. Están basadas en



Cuadro 1. En el presente cuadro se esquematiza la combinación de las dimensiones: a) presupuestos (lineales ó circulares) y b) intencionalidad (orientativa ó influenciativa); para la conformación de los 4 tipos de preguntas: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas (Tomm, 1988).

presupuestos lineales acerca de la naturaleza del proceso terapéutico. El intento detrás de estas preguntas es predominantemente correctivo e instructivo; y tienen la finalidad de lograr que la familia cambie, esto es, de pensar ó comportarse en la forma que el terapeuta piensa que es más “correcto”.

Con las *preguntas estratégicas*, algunas familias se sienten ofendidas, pero otras lo encuentran bastante compatible con sus patrones usuales de interacción. Al igual, la directividad ó confrontación que generan las mismas, puede ser necesaria para movilizar una visión sistémica, pero demasiado de esto puede generar una ruptura de la alianza terapéutica.

**d)** Si el terapeuta asume que la influencia sobre ocurre indirectamente, a través de una perturbación ó de un proceso circular preexistente en ó entre miembros familiares, la preguntas de influencia serán consideradas ***preguntas reflexivas***. Están basadas en presupuestos circulares y son formuladas para provocar a los miembros de la familia para reflexionar acerca de las implicaciones de sus percepciones y acciones recientes y para considerar nuevas opciones. El intento detrás de estas preguntas es predominantemente *facilitativo*, manteniendo una postura de neutralidad y siendo respetuoso de la autonomía de la familia.

Las *preguntas reflexivas* favorecen que se generen nuevas conexiones y nuevas soluciones en su propia manera y tiempo. La más probable complicación de las mismas es que ellas pueden fomentar incertidumbre y confusión al abrir una multiplicidad de nuevas posibilidades sin proveer adecuada dirección; sin embargo, tal confusión puede no necesariamente ser problemática para el proceso terapéutico total.

Fleuridas, Nelson y Rosenthal (1986) proponen una taxonomía pragmática del cuestionamiento circular para favorecer la aplicación del cuestionamiento circular; basada en los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. El esquema presenta 4 grandes categorías, dentro de la cual las preguntas son clasificadas:

**1. Definición del problema:** se plantean preguntas a cada miembro de la familia acerca de su percepción del problema en la familia en el aquí y ahora.

**2. Secuencia de Interacción:** se plantean preguntas a cada miembro acerca de quién hace qué (relacionado al problema, síntoma ó su propia hipótesis). De lo que:

- Se solicita referencia de conducta interactiva específica.
- Se pregunta acerca de las diferencias ó cambios en el pasado, futuro ó algún evento hipotético.
- Se pregunta quien está de acuerdo con quien acerca de la secuencia presentada.
- Se solicita a cada miembro su explicación de cierta conducta de un miembro (alrededor del problema), en el tiempo, contexto, significado atribuido. Estas

preguntas sirven para valorar cogniciones, valores, reglas y mitos acerca de lo que es y de lo que debería de ser.

- Se Intenta descubrir el círculo ó secuencia completa de conducta entre los miembros, detectando la interacción recursivamente alrededor del síntoma.
- Se indaga en torno de las soluciones intentadas.

**3. Comparación/Clasificación.-** se plantean preguntas a cada miembro acerca de otros miembros; de sus conductas, creencias, valores, pensamientos, hábitos, sentimientos, tradiciones y relaciones.

- Los miembros comparan, contrastan y categorizar ordenadamente las similitudes y diferencias; investigar las intra-, inter-, y trans- coaliciones y alianzas generacionales; observando los patrones. Esto es también llamado cuestionamiento tríadico, cuando a una tercera persona se le pide que comente la conducta y la relación de dos ó más miembros.
- Se investigan las diferencias ó cambios en las coaliciones a lo largo del tiempo. Se explora como estos cambios pueden estar relacionados a la disfunción presente, y en conexión con el pasado, futuro y evento hipotético.
- Se pregunta quien está en acuerdo ó en desacuerdo con quien, así esto también provee información acerca de las relaciones.
- Se pide la explicación ó el significado de las coaliciones, escisiones y patrones de relación en la familia.

**4. Cuestionamiento Circular Interventivo.-** plantear preguntas a cada miembro sirve primariamente para desafiar, informar ó instruir indirectamente; observando las respuestas de la familia a estos desafíos ó marcos alternativos.

- a) Usar estos tipos de preguntas circulares solo después de que has obtenido suficiente información desde la familia, tal como cuando el grado de rigidez y alguna hipótesis de trabajo ha recibido adecuada validación.
- b) Empezar con preguntas que sean menos ofensivas ó amenazantes, para probar las respuesta de la familia; y colocando en categorías de más/menos, en algún aspecto de la relación.
- c) Plantear preguntas que puedan propiciar en los miembros el probar nuevas conductas, e.g.
  - Preguntar como el niño identificado está aprendiendo conductas deseables, preguntas cual de ellas piensan que debería y no debería ser efectiva.
  - Preguntar como el niño más grande está aprendiendo a vivir su propia vida, y que responsabilidades necesita adquirir prioritariamente para moverse fuera.
  - Hay muchas situaciones donde este tipo de cuestionamientos puede servir para desafiar a la familia para explorar nuevas conductas y creencias. Permanecer neutral a sus respuestas puede ser una clave en el tiempo.

## **V. La actual forma de trabajo.**

Es importante mencionar que aunque el equipo original de Milán, constituido por Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, se escindió, sus precursores permanecen fieles a los principios de “hipotetización, circularidad y neutralidad”, así como a sus premisas básicas, tal como el peso significativo atribuido a los mitos familiares; También ha habido algunas diferenciales originales, tal como creación de la “Prescripción Inavriante” por

Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino (1990) para su labor terapéutica de familias con hijos anoréxicos y psicóticos.

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) le han atribuido un valor significativo al interrogatorio circular y sus variantes (p.e. las preguntas referidas al futuro), al igual continúan aplicando estrategias anteriores, tales como la connotación positiva, la prescripción y los rituales. Han introducido también el empleo de otros recursos como el que denominaron “aperturas” (palabra, señal, idea ó tema que la familia presenta y que tiene sentido para ella como componentes clave del interrogatorio circular (p. 125). Además, en sus procedimientos de formación de terapeutas, introdujo el trabajo con dos equipos, denominados equipo T y equipo O, para generar hipótesis diferentes y complementarias, que propiciaran nuevas y útiles perspectivas de trabajo.

### **Consideraciones Finales**

Este modelo ha atravesado por diversas modificaciones significativas, que inclusive, con la escisión del equipo anterior, han generado planteamientos teóricos diferentes, tal como la propuesta de Selvini Palazzoli, Cirillo, Matteo Selvini y Sorrentino, denominada *juegos psicóticos en la familia*, que vino a plantear el dramático rol asumido por el paciente identificado en el impasse de la pareja.

Este modelo deposita su fortaleza en tres principios básicos: hipótesis, circularidad y neutralidad; los que no son considerados estrategias de intervención, sino directrices para el trabajo terapéutico y una postura que se considera favorecerá la relación con cada uno de los miembros de la familia, en el intento de ayudarlo a la familia a desarrollar una visión sistémica de su problema.

El concepto de intervención en este modelo es más amplio, ya que incluye, no solo las tareas recomendadas a la familia, sino también las preguntas formuladas (denominadas en su conjunto cuestionamiento interventivo) durante el proceso de terapia, las que inclusive podían ser suficientes para favorecer el cambio deseado en la familia.

Un aspecto más de este modelo es que le confiere un valor fundamental al sistema de observación en la terapia, de tal manera que su aplicación requerirá un equipo de trabajo, ya que se apoya de la multivisión. Esta condición, en determinadas circunstancias puede restringir su aplicación por los altos costos que implicaría.

## **2.6 Modelos de Terapia Familiar derivados del Posmodernismo**

### **2.6.1. Modelo Narrativo**

#### **A. Antecedentes**

La terapia narrativa es uno de los nuevos modelos de la terapia familiar, que se generó en el postmodernismo, a partir de 1990; gestándose inicialmente en la terapia estratégica y estructural. En la terapia narrativa los miembros de la familia experimentan el proceso terapéutico como una conversación en el que se localizan historias alternativas. Todo marco de la narrativa es colaborativo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Desde una visión más pragmática, los precursores del Modelo de Terapia Narrativa son Michael White y David Epston, los que mencionan haber tenido una influencia significativa del pensamiento de Michel Foucault, sobre el poder y el conocimiento; del pensador Jérôme Bruner, así como de los escritos de Bateson, tal es el caso de su propuesta denominada “método interpretativo” para el “estudio de los procesos por los que desciframos el mundo” y de conceptos é ideas como los de “mapa” y “noticia de una diferencia” (White y Epston, 1993, p. 20).

## **B. Definición**

Se refiere a aquel modelo de terapia familiar posmoderna que está enfocada y da énfasis a la “identificación ó generación de relatos alternativos” a partir de “acontecimientos extraordinarios”, lo que le permite a las personas, ó a la familia, representar nuevos significados, aportando con ello posibilidades más deseables, nuevos significados, que se “experimentan como útiles, satisfactorios y con final abierto” (White y Epston, 1993, p. 31).

## **C. Premisas**

Algunas de las premisas del Modelo Narrativo se enuncian enseguida (White y Epston, 1993):

1. Las analogías ó marcos interpretativos que empleamos determinan nuestro examen del mundo y tienen un efecto real.
2. La preferencia por ciertas analogías vienen determinadas por múltiples factores, incluyendo los ideológicos y las prácticas culturales imperantes.
3. Estamos sujetos al poder por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones.
4. El poder subyuga, forja a las personas como “cuerpos dóciles” y las hace participar en actividades que apoyan la proliferación de conocimientos “globales” y “unitarios”.
5. La narración de la experiencia depende del lenguaje, al aceptar esta premisa estamos proponiendo también la idea de que asignados significado a nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje.
6. Cuando las personas interactúan con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones.
7. Gran parte de nuestro bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es contado ó expresado, quedando amorfos y sin organización.
8. Las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y ello contribuye inadvertidamente a la “supervivencia” y a la “carrera” del problema.
9. Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema.
10. La “analogía del texto” proporciona una segunda descripción de la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas.

11. La “analogía del texto” es diferente de aquellas analogías que propondrían, en las familias y las personas, una estructura ó patología subyacente, constitutiva ó modeladora de sus vidas y relaciones.
12. Existen aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyendo una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, ó regeneración de relatos alternativos.
13. Aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante se denominan “acontecimientos extraordinarios”.
14. La incorporación de los “acontecimientos extraordinarios” puede facilitarse mediante la “externalización” de la descripción dominante, “saturada del problema”, de la vida y de las relaciones de una persona.
15. El descubrimiento de “acontecimientos extraordinarios” puede fortalecerse instando a las personas a describir su influencia, y la influencia de sus relaciones con los otros, sobre la “vida” del problema.
16. Cuando los “acontecimientos extraordinarios” son identificados se invita a las personas a asignarles un significado, por lo que es necesario que estos “acontecimientos extraordinarios” se organicen en un relato alternativo.
17. Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de relatos alternativos, favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal.

#### ***D. Meta Terapéutica***

La meta terapéutica consiste en “la generación de historias alternativas que incorporen aspectos vitales y anteriormente negados de la experiencia vivida, y en la medida en que estos relatos incorporen conocimientos alternativos, favorecen la identificación y provisión del espacio para la representación de estos conocimientos” (White y Epston 1993, p. 46-47).

#### ***E. La Planificación***

White y Epston 1993 no proponen formalmente una planificación como tal, sin embargo, en la descripción de los casos se aprecia una secuencia ordenada de fases, las que también parecen ajustarse a las demandas y necesidades de la familia. Las fases que se aprecian son:

- a) La ubicación de la descripción saturada del problema.
- b) La introducción de preguntas de Influencia Relativa para trazar el mapa de la influencia del problema sobre las vida(s) y relación(es) de la persona ó la familia; en los ámbitos conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.
- c) El planteamiento de preguntas de Influencia Relativa para describir la propia influencia, de la persona ó familia, sobre la “vida” del problema mediante la localización de “acontecimientos extraordinarios”, lo que genere historias alternativas.
- d) Ampliación de historias alternativas mediante el empleo de diversos recursos como cartas, certificados, etc.
- e) Mantenimiento y seguimiento de historias alternativas.

## **F. Estrategias de Intervención**

White y Epston (1993) proponen las siguientes *técnicas* para intervención:

### **1. Externalización:**

**Definición:** abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen; de tal manera que el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona ó a la relación que se atribuí.

**Función:** abre la posibilidad de que la persona, ó la familia, se describan a sí mismo (a) y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, “no saturada por el problema”, ó por el relato dominante de la vida familiar; generándose lo que denominan “acontecimientos extraordinarios”, es decir, percibiendo “hechos” que contradicen este relato y proporcionan los núcleos para la generación de nuevas historias.

#### **Tipo de Preguntas Externalizadoras:**

- **Preguntas de Influencia Relativa.-** este tipo de preguntas se componen de dos conjuntos: a) Las que animan a la persona a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, y abarcan el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal; e.g. y b) Las que instan a describir su propia influencia sobre la “vida” del problema mediante la localización de “acontecimientos extraordinarios”; las que permiten contradecir la descripción saturada del problema en la vida familiar y a identificar la competencia y recursos de la persona ó familia. A su vez las preguntas que describen la propia influencia sobre la “vida” del problema, se dividen en (White, 2003):
  - a) Preguntas relativas al *panorama de la acción*: son aquellas que permiten que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo (pasado, presente y futuro) de conformidad con tramas particulares; en otros términos, se refiere a lo que se hizo, dijo ó pensó cuando se dio un acontecimiento extraordinario; e.g. de circunstancias más inmediatas: ¿cómo se resolvió a dar éste paso? ¿qué preparativos lo condujeron a hacerlo?, ó de eventos más distantes: ¿qué puede usted decirme sobre su historia para ayudarme a comprender como logró dar este pasó?
  - b) Preguntas relativas al *panorama de la conciencia*: se refieren a aquellas que hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción. Algunas de ellas se refieren a: a) la determinación de los deseos y preferencias; b) la identificación de sus características y cualidades personales; c) la clarificación de sus estados intencionales y d) la verificación de las creencias. Ejemplos de estas preguntas: qué le dicen estos descubrimientos sobre lo que usted desea en la vida? ¿qué le dicen estos hechos sobre lo que le cuadra a usted como persona?

### **2. Cartas y Contradocumentos**

#### **Función:**

- Promueve la formalización, legitimación y continuidad de los conocimientos populares locales (vesus verdades normalizadoras), la autoridad independiente de las personas



y la creación de un contexto para el surgimiento de nuevos descubrimientos y posibilidades.

- Parece un importante mecanismo para la introducción lineal del tiempo y, por ende, para la generación de significado en nuestras vidas.
- No sólo libera a las personas de las restricciones impuestas por la “limitada capacidad temporal e informacional de la conciencia focal”; sino también proporciona el mecanismo para incrementar significativamente el contenido informacional de las unidades de idea.
- Principalmente en el caso de los contradocumentos (se describen en un apartado posterior), tienen la capacidad de redescibir y especificar a las personas de una forma tal que destacan sus conocimientos especiales y sus competencias, así como su lugar en la comunidad.

### **Contenido de las Cartas:**

Las modalidades de cartas propuestas por White y Epston (2003) se aprecia que no tienen una estructura fija, ya que se considera son diseñadas para adecuarse a las necesidades y particularidades de la persona ó familia; sin embargo, son congruentes con las premisas y principios del modelo narrativo, ya que pueden:

- Dan énfasis a acontecimientos extraordinarios.
- Evalúan la influencia de los problemas en la vida de las personas.
- Valoran la influencia de la persona en la vida de los problemas
- Co-crean un discurso que lingüísticamente incluya a todas ó a la mayoría de las partes en la conversación, a la vez que desestima un código profesional exclusivo y mistificador.
- Sitúan la experiencia de una persona/familia en el curso del tiempo.
- Plantean acontecimientos más prospectiva que retrospectivamente.
- Incluyen información con funciones particulares, tales como saludar, alentar la esperanza, mostrar empatía, exhibir comprensión, plantear un dilema, exponer motivos ó explicaciones, hacer predicciones, desafiar, dar opciones, invitar, etc.
- Le da prioridad a un propósito en específico (tal como se describe en la siguiente apartado).

### **Tipos de Cartas:**

1. **De invitación:** son empleadas para incluir en la terapia a personas renuentes a participar en ella.
2. **De despido:** para demostrar la innecesario de que la gente desempeñe funciones que resultan limitativas en el presente, aunque en el pasado hubiesen sido útiles a otros.
3. **De predicción:** para predecir el futuro de una persona, relación ó familia, con dos finalidades específicas: a) efectuar un seguimiento/revisión a los seis meses de concluida la terapia y b) como la mayoría de las personas, leen su revisión antes de la fecha indicada, se espera que la predicción funcione como una profecía autocumplidora.

4. **De contraderivación:** para reafirmar la competencia y los recursos de la persona.
5. **De recomendación:** para ayudar a clientes que reiteradamente se han mostrado indiferentes ó han negado sus recursos y competencias.
6. **Para ocasiones especiales:** para reconfortar y alentar al cliente que ha tenido experiencias dolorosas prolongadas ó atraviesan por estrés postraumático.
7. **Cartas breves:** para ayudar a las personas en su lucha por alejar sus vidas y relaciones de los problemas que tanto les preocupan, principalmente en los casos que las mismas están aisladas en el aspecto social y sienten que no son consideradas como valiosas; estos relatos cortos constituyen un importante reconocimiento de su presencia en este mundo.
8. **De reflexiones postsesión:** para dar a conocer ideas y preguntas que se le ocurren al terapeuta cuando termina la sesión, y que se considera resultarán útiles antes de la siguiente entrevista.
9. **Cuando el terapeuta necesita ayuda:** en ellas el terapeuta solicita la ayuda del cliente, ó familia, en los casos que la vida y relaciones de las personas, ó familia, han generado confusión y desorientación en el terapeuta, este tipo de carta invita a la familia para el reconocimiento de “acontecimientos extraordinarios”.
10. **De no asistencia:** para invitar a terapia a las personas que más preocupan a la familia y que se han negado a asistir a la terapia; en este tipo de cartas se les invita a descubrir que los problemas limitan mucho sus vidas y que los hacen sentir fracasados, además se les proponen significados en torno de acontecimientos extraordinarios.
11. **Para Convocar un Público:** favorecen el mantenimiento de las nuevas historias y su elaboración es más intensa mediante reclutar un público para la representación de nuevos relatos.
12. **Para Investigar la Influencia:** favorece que las personas establezcan y acepten su propio y personal historial de lucha e identifiquen alternativas a los conocimientos “unitarios” en los que se basan sus vidas y relaciones.
13. **Para Historiar:** son útiles en los casos que las personas han visto destrozadas sus vidas por los problemas y ven muy difícil escapar de la desesperación, incluso cuando la evidencia demuestra avances en su recuperación; este tipo de carta favorece el reconocimiento de sus éxitos ante las exigencias del problema.

14. **Para Desafiar las Técnicas de Poder:** son útiles para apoyar a las personas en su decisión de desafiar u oponerse al influjo de las técnicas de poder en su vida y relaciones, ya sea en su posición de sumisión, instrumento en la subyugación de otros ó de su propio sometimiento.
15. **Para Desafiar las Especificaciones acerca de las Personas y las Relaciones:** animan a las personas a generar significados sobre aspectos de ellos mismos y/ó sus relaciones que puedan percibir, pero que no encajan con las normas ó expectativas –es decir, con la especificaciones-, que proponen los conocimientos unitarios (verdades dominantes).
16. **Eso me Recuerda:** estas son cartas breves, inspiradas en algún aspecto de la vida y las relaciones de personas ó de alguna circunstancia que el terapeuta conoce ó recuerda y que tienen la finalidad de resaltar algo que el terapeuta considera importante reflexionar ó enfocar.
17. **Encuentros Fortuitos:** estas cartas muy sencillas, motivadas por los encuentros fortuitos que el terapeuta tiene con gente de la familia ó del grupo de amigos de las personas que ven en terapia, y sobre todo dirigidas a personas socialmente aisladas; tienen la finalidad de revisar los avances y progresos de las personas.

### 3. Contradocumentos

Los contradocumentos son testimonios escritos que asumen la forma de galardón, como los trofeos ó diplomas, y que acreditan nuevos relatos e implican que la persona adquiere “un nuevo status en la comunidad, que conlleva nuevas responsabilidades y privilegios” (p.187) debido a que estos documentos tienen la capacidad de reunir a un público amplio para la representación de nuevos relatos, se sitúa en lo que Myerhoff (referido por White y Epston, 1993) llama “ceremonia de definición”.

Los tipos de contradocumentos son los Certificados, Declaraciones y Autocertificados que son definidos como documentos que dan fe de la veracidad de habilidades, competencias, conocimientos y/ó logros dentro del contexto de una historia alternativa. Algunos de ellos incluyen además el nombre de la persona, lugar, fecha y testigos del evento.

Otras *técnicas* se describen enseguida (White, 2003)

#### ✓ Destacar el Tiempo

**Definición:** método por el que la familia hace un mapa del problema dentro de la tendencias en una dimensión temporal; para lo cual hace distinciones acrecentadas sobre la participación que cada uno tuvo anteriormente en el problema, la que tiene en el presente y la que se supone tendrá(n) en el futuro.

**Utilidad:** favorecen la conciencia de las tendencias de la familia que perpetúan el problema y que por cuestiones asociadas a la acomodación (habitación) son imperceptibles a la misma.

**Lenguaje temporal:** para destacar la acción del tiempo sobre estas tendencias, se emplean términos tales como: “carrera”, “estilo de vida”, “el curso de vida”; “momentos de crisis”, “salidas”, “embarcarse”, “despegar”.

✓ **Plantear Dilemas**

**Definición:** método que propicia la elaboración de una doble descripción de la participación mutua de todos los miembros de la familia en las diferentes carreras ó estilos de vida del problema (radical ó conservadora), enseguida se alienta a los miembros a debatir sobre las dos opciones, el terapeuta simula una posición neutral y da argumentos a favor ó en contra de las dos opciones, ascendiendo ó descendiendo la esperanza del estilo de vida problemático.

✓ **Predicción de la Resaca**

**Definición:** método que plantea las consecuencias del cambio y pronostica una resaca (“angustia anunciada”), identificando aquello contra lo que deberán luchar la familia si deciden oponerse a las maneras habituales de participar recíprocamente en el problema; alentándola también a apreciar los dichos obstáculos como pasos hacia un cambio positivo.

**Aplicación:** se aplica en los casos que la familia se decide por una opción radical.

**Preguntas:** ¿deben luchar por el cambio? ¿creen que son capaces de vender esa resaca? ¿ó deben retraerse y seguir bebiendo más de lo mismo y seguir sufriendo la influencia de los antiguos hábitos ó restricciones?

✓ **Experimentos**

**Definición:** método por el que se especula sobre los experimentos que favorecen el tránsito hacia una nueva dirección y se oponen al estilo de vida dominado por el problema, así como los experimentos que propician a mantener su propia influencia sobre la “vida” del problema.

**Procedimiento:** en el caso de una división familiar, se pide a aquellos que defienden los viejos hábitos que expliquen cómo han de impedir que los otros los inciten a experimentar las nuevas soluciones y cómo han de lograr que aquellos que lograron la salida radical quieran

experimentar con ellos caminos que los lleven a ampliar el estilo de vida dominado por el problema; y a aquellos que eligieron la solución radical, se les preguntará cómo evitarán las incitaciones para continuar con los antiguos hábitos y de ese modo convencer a los renuentes de que vale la pena experimentar en la nueva dirección.

**Aplicación:** se aplica en los casos que los miembros de la familia no se sienten dispuestos a afrontar las consecuencias del cambio y defienden los beneficios del antiguo rumbo, ó bien, los miembros de la familia se muestran divididos respecto del curso a seguir.

✓ **Predecir las recaídas (White, 2003)**

**Definición:** técnica que consiste en crear un nuevo contexto en el cual las recaídas son consideradas sucesos predecibles, propios de los nuevos rumbos elegidos, también se invita a los miembros de la familia para que opten por el término “bajón”, en lugar del de recaída, y para que reflexionen sobre las respuestas que podrían dar a estos bajones, así como ayudarlos a elaborar proyectos de contingencia.

**Utilidad:** ayudan a la familia a contrarrestar el impacto de las recaídas, que comúnmente son consideradas por la familia como “retroceso”.

Otras estrategias que menciona White (2003) no tienen un nombre en particular, sin embargo se les describe a continuación:

- ❖ El terapeuta pide a la familia que lo ayude, ó se ayuden mutuamente, para comprender más claramente cómo se lograron los cambios, confesando que el repentino cambio de dirección lo tomo desprevenido.
- ❖ El terapeuta puede expresar sorpresa, aturdimiento, confusión y/ó agotamiento ante situaciones en las cuales la familia tiene un umbral elevado para recibir información de la descripción dominada por el problema, posteriormente, una vez observada cierta mejoría, el terapeuta puede manifestar complacencia mediante ritos de celebración que señalen el cambio y la llegada a destino a través de un nuevo curso de vida.
- ❖ Se puede evaluar la influencia relativa del problema en la vida de la familia y la influencia que éstos tienen en la “vida” del problema, asignándoles porcentajes y comparándolos con los porcentajes anteriores.
- ❖ Se les puede preguntar a la familia qué nueva comprensión alcanzaron al cambiar sus estilos de vida, qué diferencias esperan que produzca esa nueva comprensión en el futuro y qué les dicen esos nuevo conocimientos (que obran como señales en el camino) acerca de los futuros destinos.
- ❖ Pueden hacerse preguntas que pongan el acento en las diferencias de los sucesos ocurridos en distintos momentos, a fin de hacer más perceptibles los cambios.
- ❖ El terapeuta puede alentar explícitamente las respuestas de los miembros de la familia a las respuestas de los demás, para enfatizar los logros alcanzados.
- ❖ El terapeuta puede pedirles a la familia, ante su éxito obtenido, que le den algún consejo que ellos consideren que podría serle útil a otras familias que tengan problemas familiares similares; elevando a la familia en la categoría de “asesora”.

### ***Consideraciones Finales***

Este es uno de los modelos de terapia familiar posmoderna que emplean más recursos creativos, e.g. las cartas y documentos narrativos. Comparte la similitud con el Modelo de Soluciones de reconocer y hacer énfasis en los recursos y habilidades que la persona ha utilizado, pero que no se ha dado cuenta, para resolver el problema planteado, solo que el Modelo Narrativo formula la elaboración de un discurso con elementos predeterminados, el que por lo común se da por escrito, y que es testimonio personal y/ó grupal de los éxitos pasados.

Así entonces, como otros modelos posmodernos le confiere un alto status a la conversación sistemática y táctica, ya que es a través de ella es posible construir historias alternativas; en tal sentido propone un conjunto de premisas y un método, constituido de una categoría de preguntas, para enfocar y enfatizar experiencias *marginadas* que desdican la historia dominante.

El modelo narrativo tiene una amplia aplicabilidad y es altamente humanista, en el sentido que favorece la cordialidad y la esperanza en la relación y situación planteada por la familia.

También cuestiona y somete a juicio los conocimientos que se derivan de la ideología y prácticas culturales imperantes, en este sentido, sostienen que las personas pueden encontrarse sujetas al poder por verdades normalizadoras, las que se representan en relatos cuando se interactúa con los otros.

El modelo plantea a la *analogía del problema* como una alternativa de resolución del problema, la que consiste en una segunda descripción, que en una primera fase, se aborda a partir de preguntas que se denominan de *influencia relativa*, colocándolo fuera de la persona, proceso denominado *externalización*, el problema presentado, de tal manera que no se le atribuye como un rasgo ó defecto inherente a la persona, lo que desculpabiliza y facilita la cooperación para el cambio.

Además sostienen que gran parte de la experiencia no se relata, y que al hacer presente alguna experiencia crucial durante la conversación, se posibilita que puedan surgir *acontecimientos extraordinarios*, fuente para la generación ó regeneración de relatos alternativos.

Un recurso terapéutico de gran valor en este modelo es el empleo de las cartas y otros documentos escritos, que pretenden por ejemplo, colocar un dilema primordial como tema de reflexión, ó bien para destacar conocimientos especiales y competencias que favorezcan el proceso de cambio. Considero que este recurso tiene innumerables ventajas, ya que lo escrito le concede mayor tiempo de vida al discurso, lo que le confiere un importante impacto para el cambio.

## **2.6.2. Modelo Colaborativo**

### **A. Antecedentes**

El modelo colaborativo atravesó por diversos momentos de desarrollo hasta consolidarse en un modelo definido, y por supuesto, tal como sus presupuestos lo enfatizan, continuará manteniéndose en transformación, Beltrán (2004) describe sus etapas como sigue:

- ❖ La terapia de impacto múltiple (TIM), creada en 1950 por Goolishian, caracterizada por su brevedad, por sus sesiones prolongadas (2-3 días) y por incluir en el trabajo terapéutico a la familia y al paciente identificado, a los miembros de la comunidad, a profesionales de las diversas disciplinas, es decir, todos aquellos involucrados en el problema.

El TIM se basó en las contribuciones de Don Jackson, Bateson y sus colegas de Palo Alto; la práctica clínica de Sullivan, la terapia de grupo familiar de Bell y de la hospitalización de familias hechas por Bowen.

- ❖ Anderson, la principal precursora del modelo colaborativo, se asoció con Harry Goolishian y aportó sus propias reflexiones y trabajo para el desarrollo del modelo colaborativo.
- ❖ En 1960 el TIM, de acuerdo con Anderson, atravesó por un cambio paradigmático, que dio como resultado que en 1977 Anderson y Goolishian fundaran formalmente el Galveston Family Institute, en conjunción con Paul Dell y Goerge Pulliam; instituyó que conservó el formato del equipo de la TIM, e incluyó el trabajo del Mental Research Institute.
- ❖ Otras influencias teóricas se encuentran en las aportaciones desde la cibernética de primer orden hasta las de segundo orden; la visión de la hermenéutica, las teorías socioconstruccionistas, y más adelante la obra de Humberto Maturana con respecto a la biología del lenguaje; a partir de las cuales cuestionaron el pensamiento sistémico cibernético y colocaron en un primer plano al lenguaje, como “esencia del diálogo y del proceso terapéutico” (p.201).
- ❖ Más adelante se desvalorizó la importancia de la cibernética de segundo orden y el constructivismo.

Andersen (2001a) (en la montaña rusa), comenta que el enfoque creado por Goolishian y Anderson fue denominado “enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración”; que previamente se conocía como “sistemas determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema”. Asimismo, considera que el lenguaje y la conversación son los conceptos centrales del enfoque; los que tienen su raíz en la hermenéutica y el construccionismo social contemporáneos ó lo que se llama perspectiva interpretativa posmoderna.

## ***B. Definición***

El modelo colaborativo es una escuela de terapia posmoderna, concebida “como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en la relación y una conversación colaborativas, en una búsqueda conjunta de posibilidades”. El posmodernismo es una “práctica ideológica de lo universal ó metanarrativas... lo que invita a examinar y reimaginar nuestra cultura y tradiciones terapéuticas, y la práctica que fluye de ella” (Anderson, 2001a).

## ***C. Principales Representantes***

Los precursores del modelo colaborativo son Harold Goolishian y Harlene Anderson; otros representantes que han contribuido al desarrollo del mismo son Kenneth Gergen, Lynn Hoffman y Tom Andersen (Beltrán, 2004).

## **D. Premisas**

Anderson (1997, 2001a) y Anderson y Levin (1997) sostiene que su enfoque colaborativo se basa en las siguientes *premisas filosóficas*:

1. Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y sentido.
2. En la construcción de la realidad participan más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social y relacional.
4. La realidad y el sentido que le atribuimos son fenómenos interaccionales, creados y vivenciados por los individuos en las conversaciones.
5. El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.
7. El conocedor y lo conocido son interdependientes.

**Con respecto al proceso terapéutico** (Anderson, 1997):

- Un *sistema terapéutico* es un sistema lingüístico en el que cliente y terapeuta crean significados, de manera conjunta, en torno de un problema, el que puede ser descrito y explicado de tantas maneras como integrantes tenga el sistema, por ello se le denomina *sistema del problema* (Anderson, 2001a).
- A través del diálogo se crean oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y situación, en cuya invención ó perfeccionamiento el cliente participa; generándose una nueva narrativa.
- La transformación ó novedad es inherente en y emerge dentro de la inventiva y aspectos creativos del lenguaje, diálogo y narrativa (Anderson 2001b, 345).
- La incertidumbre acompaña al proceso de terapia, ya que no hay forma de predecir ó de estar seguro donde terminara, por lo que las sorpresas ocurren a menudo (Anderson, 2001b).
- Cliente y terapeuta son expertos, a lo que aporta cada uno:
  - a) El cliente es el experto en el área del contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica. Al narrar pueden sentir y reconocer sus propias voces, su poder y su autoridad.
  - b) El terapeuta es el experto en el área del proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona. En cierto modo, los papeles de terapeuta y cliente se invierten.
- La relación terapéutica y la conversación ocurren dentro de un contexto particular y una agenda, menos jerárquica y menos dualista; aunque no es una plática amistosa (Anderson, 2001b).



- Las voces en conflicto, visiones competitivas y posturas defensivas son disueltas en una participación conjunta. Lo que implica que hay un margen para las historias discrepantes y contradictorias, las que no generan tensiones problemáticas, sino que son alimento para pensar, preguntar y explorar.
- Las historias coexisten, cambian de un momento a otro y de una interacción a otra.

**Con respecto al terapeuta:**

- ✓ Asume una postura de “no conocedor”, auténtica, natural, espontánea, genuina, respetuosa, invitante y curiosa, confía y cree en el cliente; esta siempre en el camino de entender y está totalmente con otros seres humanos; adoptando una forma única en cada relación y discurso; en la que influyen sus valores, experiencias previas y preferencias del mismo.
- ✓ “No conocedor” es una característica de una postura ética que es crucial para invitar, crear y mantener una relación colaborativa y un diálogo generativo (Anderson, 2001b).
- ✓ Dicha postura es única y diferente de terapeuta a terapeuta, de una situación clínica a otra, de un contexto a otro y de una relación a otra (Anderson, 2001b).
- ✓ Constantemente aprende, escucha e intenta entender la historia del cliente desde la perspectiva del cliente para entendimiento del cliente (Anderson, 2001b).
- ✓ Ofrece comentarios, plantea preguntas y comprueba para ver si está entendiendo, todo como parte de un proceso dialógico.
- ✓ Compromete al cliente en una posición de coaprendizaje ó investigación compartida, lo que es un proceso fluido e interactivo en el que terapeuta y cliente coexploran lo familiar y codesarrollan lo nuevo.
- ✓ Respeta y toma seriamente lo que el cliente quiere decir y como él elige decirlo, aún si lo expresado se refiere a los discursos culturales, populares, folclóricos ó espirituales.
- ✓ Es uno de los autores de narrativas todavía no contadas, –emergentes y cambiantes-.
- ✓ Emplea la elasticidad para “hacer lo que la ocasión pide”, adaptándose a cada situación; expresando su propia personalidad y estilo de trabajo, pudiendo ser los conversadores tan imaginativos y creativos como quieran.
- ✓ Asume una postura de “hacer público”, esto significa estar más dispuestos a revelar, a compartir diálogos y monólogos internos. (Anderson, 2001b).

- ✓ A la única persona a quien un terapeuta puede cambiar es a él mismo. Por ende prefiere la palabra *transformación* a la de cambio, así este primer término implica un proceso mutuo y continuo.
- ✓ El pasado se recuerda para actuar “hacia” algo que interesa en el futuro –esto es, para re-formar lo que fue-, y no para actuar “desde” un pasado fijo.
- ✓ Se trata de generar un diálogo en el que emerjan nuevas ideas, metáforas y marcos referenciales que faciliten nuevas maneras de encarar el tema, ó que se forjen nuevos vocabularios conceptuales que muevan la discusión a un nuevo terreno.

En otra serie de artículos se plantean presupuestos, que aunque adaptados a la población de interés, por ejemplo a los *niños*, continúan fieles a la postura colaborativa. Así Anderson y Levin (1997, p. 256 ) plantean con respecto de los *niños* que:

- ❖ Son valiosos, merecen respeto y una oportunidad para tener voz.
- ❖ No disponen del nivel de interés de los adultos, por lo que, sus ideas son minimizadas y devaluadas; lo que se manifiesta cuando no se sienten escuchados.
- ❖ Al respetarlos y al explorar sus preocupaciones, ideas e intereses, aún si estas parecen ordinarias para los adultos, se crea una relación en la cual los niños se sienten apoyados e importantes.
- ❖ Es importante escucharlos y responderles en sus propios términos; este intercambio crea una apertura para que reporten su confusión y esfuerzo por clarificar las reglas y expectativas de sus padres.

Así también alertan de los riesgos de colocar a los clientes en una “población especial” (Anderson y Levin, 1997, p. 258), tal como las prácticas modernistas suelen hacerlo al ubicar a una persona dentro de una categoría, ya que el resto de sus *selfs* logran perderse ó están fuera de foco.

Al igual, Anderson y Levin (1997) plantean que en el modelo colaborativo se desea aprender acerca de las personas desde ellos mismos y desde los otros quienes están involucrados en sus vidas, y no de las etiquetas. Precisan también que la responsabilidad como terapeutas es hablar con los clientes en formas que sean respetuosas y generativas; enfatizando que las etiquetas no son ni respetuosas, ni generativas. Esta visión no deja de contemplar que aunque no se encuentre útil para la terapia el empleo de categorías y etiquetas, estas en algunas ocasiones son necesarias y pragmáticas.

### **C. Meta Terapéutica**

En lo que se refiere a la meta terapéutica Anderson (1997: 141) afirma que “el terapeuta no controla la conversación, no establece el temario, ni lo orienta hacia un contenido ó resultado específico y no es responsable de la dirección del cambio”. Por lo que sostiene

que la meta es “facilitar el diálogo, y a través de él crear la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones; generando una nueva historia, un nuevo diálogo y, por tanto, un nuevo futuro”. En este sentido, el terapeuta es más activo y menos directivo, lo que no implica que está a la deriva, ó que es inocente.

#### **D. La Planificación**

Anderson (1997, p. 185-186) no formula un plan para la labor terapéutica, ya que considera que “el saber” –la ilusión de entender, ó la seguridad de un método- reduce las posibilidades de ver, y empeora nuestra sordera para lo inesperado, lo no dicho y lo todavía no dicho”.

Al igual Anderson (1997, p. 192) no plantea cual ha de ser la pregunta terapéutica correcta a formularse, ya que sostiene que la misma no se puede conocer antes de tiempo. Por lo que asevera que no hay una guía de preguntas, que “cada pregunta resulta de un intento de entender lo que acaba de ser dicho y lo “no-dicho”; y que cada una “es un elemento del proceso conversacional global.

Al igual, se enfatiza que el terapeuta puede controlar lo que dice, puede proponer una idea, dar una opinión, hacer una pregunta sobre algo, pero desde una actitud tentativa, que no implique un juicio, ninguna culpabilización y ninguna hipótesis rígida (Anderson, 2001a, p. 228).

Por otra parte, considera que las preguntas conversacionales –al igual que los comentarios, que las declaraciones y gestos- son elementos de un proceso general que ejemplifican la postura honesta y consecuente del terapeuta de no entender demasiado rápidamente.

Así en lugar de plantear un método, defiende el que el terapeuta asuma una postura de “incertidumbre”, la que puede alcanzarse si se atiende ciertos aspectos de la conversación, tales como (Anderson, 1997):

1. *Voluntad de dudar*.- implica colocarse en suspenso ó frente de nosotros los discursos profesionales y personales dominantes –lo que sabemos ó creemos-, asumiendo una mente abierta a los cuestionamientos, al cambio, a las posibilidades y a lo inesperado.
2. *Voluntad de arriesgar*.- implica que el terapeuta no está seguro, ni protegido con su saber; la posición de “no-saber” lo hace vulnerable; con el riesgo de cambiar. El riesgo está en dejar a los clientes el centro del escenario y la decisión sobre lo que van a contar y el modo en que lo harán; en lugar de guiarse por lo que uno cree importante.

También se propone que es fundamental la postura de “no saber”, la que tiene 6 peculiaridades (Anderson, 1997):

- a) *Confiar y creer*.- parte del supuesto de que los clientes quieren que se confíe en ellos y se les crea; de lo que se deriva que cada relato y cada versión son únicos, es por ello que el terapeuta necesita entender las incoherencias en las historias; ya que no

son impulsados por la búsqueda de verdad, sino por la necesidad de entender. Una pregunta que se sugiere en tal sentido es: “me interesa mucho tu deseo de hablar más, si tuvieras esa oportunidad ¿de qué querrías hablar? ¿qué querrías que oyera(n)?

- b) Hacer preguntas conversacionales: las preguntas conversacionales facilitan la historia por el cliente y expresan interés y curiosidad por el mismo, además de que permiten que éste cuente, clarifique y amplifique una historia, también abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe. Las preguntas sugeridas: ¿qué piensa usted que es lo más importante que debo saber sobre usted? y ¿qué le parece que la gente se pierda por no prestarle suficiente atención? ¿qué desea usted que la gente no se pierda de usted? ¿qué podría haber hecho distinto aquellos que le hubiera sido más útil? ¿Lo que usted dice es que...? ¿quiere decir que...?
- c) Escuchar y responder.- esta peculiaridad del “no saber” implica que el terapeuta tiene que adentrarse en el mundo del cliente e interesarse por los puntos de vista de este sobre el problema, su causa, su localización y su solución. Una forma genuina de escuchar es estar abiertos a la base ideológica de la persona: su realidad, sus creencias, sus experiencias; etc. también mostrando genuinamente que valoramos el conocimiento del cliente sobre su dolor, su miseria ó su dilema.
- d) Mantener coherencia.- implica trabajar con la realidad del cliente: su lenguaje, su vocabulario y sus metáforas; el dejarse guiar por la historia del cliente, es lo que me permite mantener la coherencia, es decir cuando no se sabe y se trata de aprender, se mantiene la coherencia. La coherencia le da espacio al cliente para que se movilice y no tenga que consumir energía en promover, proteger ó convencer a un terapeuta de su punto de vista. La coherencia reduce el riesgo de que la voz del terapeuta domine y dé forma a la historia contada. Sugerencias de preguntas: ¿qué creen ustedes que nosotros necesitamos saber? Cuando alguien presenta un caso en un grupo de consulta, se puede preguntar ¿cómo le parece a usted que nosotros podemos ayudar?
- e) Mantener la sincronía.- se refiere a avanzar al propio paso del cliente, sincronizarse con su ritmo; el deseo de conocer del terapeuta es frecuentemente lo que acelera ó lanza en una dirección que puede ser demasiado diferente a la del cliente; así el terapeuta necesitan tomarse su tiempo, si el terapeuta realmente se sumerge y participa en lo que el cliente considera importante, la sincronización con el ritmo del cliente ocurre de modo natural.
- f) Honrar la historia del cliente.- esta peculiaridad del “no saber” parte del supuesto de que los clientes dicen que quieren que se los tome en serio y se los convalide; un riesgo es la rapidez con la que los terapeutas llegan a saber cuál es el problema del cliente, ya sea bajo la forma de una hipótesis ó de un diagnóstico formal. Las sugerencias de preguntas: ¿hay alguien que lo comprenda? ¿qué hace usted, que a él lo hace sentir que usted lo comprende? Es de gran utilidad pensar en los momentos cuando el hablar con alguien le ayudó al cliente a ver una situación desde un punto de vista nuevo, o sembró en ellos una nueva idea, o les dio una sensación de libertad ó esperanza, una pregunta en tal sentido es: ¿en que se diferenciaron esos momentos de otros que no fueron tan útiles?

## **E. Estrategias de Intervención**

Anderson (1997) defiende la postura de no abordar el proceso terapéutico con un método ó preguntas formuladas a priori, ya que considera que la guía debe emerger en el diálogo mismo en un proceso de co-construcción, a partir de una postura de “incertidumbre” y de “no saber”. Debido a lo cual no propone estrategias de intervención. Sin embargo, Anderson (2001a) precisa, sin sugerir, algunas guías concretas, que le han sido de utilidad en la labor terapéutica, por ejemplo cuando dice:

- Para crear condiciones de colaboración, usé lenguaje colectivo, no jerárquico; e.g. decir: *nos y nosotros*.
- No interrumpo, no guío.
- Suelo utilizar palabras y frases que me parecen más cooperativas, atemperantes, indefinidas y tentativas, como “me pregunto si”, “de alguna manera”, “quizá”.
- Retiro mi sugerencia cuando el cliente no la quiere.
- Quiero asegurarme de que lo que oigo es lo que el cliente quiso decirme y por eso cotejo lo que escucho.
- Les doy la oportunidad de corregirme si es que me equivoco.
- Les pregunto: ¿qué cree usted que nosotros debemos saber acerca de la familia para que nosotros podamos serles de alguna ayuda? ¿díganos cuáles son las expectativas que usted y la familia tienen con respecto a la entrevista de hoy?

### **Por otra parte, Hoffman y Davis (2001) exponen algunas características del modo que trabajar como entrevistadores:**

1.- *Comenzar las sesiones.*- centrarse de inmediato en la actividad de conversar juntos y en lo que significa para las personas y en cómo les gustaría que se hiciera. Algunas preguntas a plantear: ¿cómo les gustaría utilizar esta sesión? ¿cuál es la historia de la idea de venir aquí?.

2.- *No controlar las sesiones.*- se trata de quedarse en segundo plano, evitando deliberadamente formular preguntas provocativas y de hacer intervenciones interesantes, ni seguir una agenda prefijada.

3.- *Tener objetivos menos precisos.*- el terapeuta no se propone hacer que algo suceda ó averiguar alguna cosa; lo importante es mantener viva la conversación, interviniendo poco.

4.- *No adoptar una posición directiva.*- esto sugiere que debe haber una voz diferente, más suave, lo que no significa que carezca de impacto; el uso de la amenaza ó la fuerza puede resultar contraproducente.

5.- *Formular preguntas especiales.*- una pregunta especial es por ejemplo la “pregunta sobre el futuro”, tal como plantear “si pudiera imaginar el futuro, una vez concluida esta experiencia ¿dónde te gustaría estar?

6.- *No impulsar un resultado determinado.*- el objetivo general es aquel por el que se buscó la terapia, la situación funcionará mejor si se aborda la comunicación de modo tal que todas las partes involucradas puedan terminar sintiéndose que son básicamente buenas personas.

Al igual, Anderson (1997), en un apartado de su obra propone un ejercicio estructurado, que denomina “*Como si*”, que no contradice la postura referida, ya que es fiel a sus premisas filosóficas y terapéuticas, sino que facilita una forma de trabajo. A continuación se describe:

El ejercicio *Como si* (Anderson, 1997) está basado en la postura colaborativa y su finalidad es crear un espacio que promueva un diálogo interior y exterior, ayudando a los participantes a encarar las dificultades, preocupaciones, problemas, conflictos ó cuestiones que presentan en situaciones de supervisión, enseñanza ó consulta institucional, también sirve para la consulta y el aprendizaje.

Consiste en ofrecer a los participantes la oportunidad de tomar conciencia de lo que los diversos miembros de un sistema sienten ó piensan acerca de una misma información ó de un mismo suceso; de comprender la diversidad de las percepciones y puntos de vista individuales; de discutir en un foro más público que privado, en un ambiente de conversación, impredecible en su resultado.

A una de las participantes se le pide que conversa respecto de un problema que tengan actualmente en terapia ó enseñanza; a los demás participantes que escuchen la historia “como si”, se les pide que asuman la posición de una de las personas en dicha historia, ó como consultor del terapeuta, “como si” fueran dicha persona y que dejen para el final las preguntas, comentarios ó sugerencias que se les fueran ocurriendo.

El formato del ejercicio combina 4 procesos:

**1. Presentación:** se pide a la que plantea la historia que reflexione en torno de 3 puntos, y que imaginara que los personajes de su historia estaban presentes, escuchándola:

- Cuéntenos por qué *elegiste* esta situación, e.g. ¿representa un tipo particular de dificultad clínica, es un atolladero de la terapia, es un problema familiar en tu trabajo?
- Cuéntenos cuál es *tu* esperanza, tu agenda ó tú meta, e.g. ¿qué esperas de la consulta? ¿tienes alguna pregunta específica que quisieras que contestemos? ¿con qué quieres que te ayudemos?
- Cuéntenos lo que a *ti* te parece que es lo que *nosotros* debemos saber, e.g. ¿cuál es tu historia? ¿qué te parece que es importante que sepamos para que podamos responder a tus expectativas?

El facilitador escucha en silencio, hablando solamente para indicar el paso siguiente en el ejercicio.

**2. Escucha:** una vez planteada la historia, se le pide a los participantes que mantengan sus posiciones “como si”, y que desde esas posiciones compartan, cada uno en su grupo, sus pensamientos y experiencias sobre la historia; que consideren e.g. ¿qué les inspiró curiosidad, qué sintieron como una invitación a participar en la conversación, que los hizo sentir incomprendidos y qué le recomendarían a quien plantea el problema?

Una vez que los grupos tuvieron tiempo suficiente para compartir sus reflexiones, se pide a un miembro de cada grupo que actúe como vocero del “como si” colectivo, compartiendo la multiplicidad de las reflexiones con el resto de nosotros. El facilitador anota esas palabras y frases en una pizarra, para que todos puedan verla.

**3. Reflexión:** se le pide a quien plantea el problema que reflexione sobre las ideas, comentarios, preguntas y sugerencias de quienes habían escuchado desde las posiciones “como si”. Algunas preguntas que puede contestar son: ¿qué le había intrigado, qué le hizo sentirse comprendida(o) y respetada(o), qué lo hizo sentirse incomprendida(o) y frustrada(o). Después los participantes compartieran sus reflexiones sobre las reflexiones de los otros ó de quien planteo el problema.

**4. Discusión:** se les pide a los participantes que compartan sus experiencias acerca del proceso de consulta.

### ***Consideraciones Finales***

Este modelo constituye una de las más representativas expresiones de la posmodernidad, en el sentido de que defiende la validez de la diversidad de voces y posibilidades; colocando al terapeuta en una postura de curiosidad; respeto y responsabilidad; quitándole la jerarquía de experto, y concediéndole al cliente su propia voz, poder y autenticidad.

Desde su pertenencia al construccionismo social, confirma que el conocimiento es generado en la conversación, ámbito en el que se da orden y sentido a nuestras vidas; desde esta óptica la herramienta esencial del terapeuta es la conversación misma, pero una que propicie la emergencia de posibilidades diferentes.

Este modelo rechaza partir de hipótesis, de un procedimiento, metas ó determinadas técnicas ó preguntas de intervención, dado que afirma que la conversación misma establece su propia dirección y sentido; por lo que la labor del terapeuta será mantener la postura colaborativo para facilitar el dialogo y crear la oportunidad de que emerjan nuevos significados, narrativas, conductas y emociones, para generar una nueva historia y un nuevo futuro.

El término directividad en este modelo puede generar controversia, debido a que no es posible escapar a la directividad del terapeuta, ya que finalmente la labor terapéutica está regida por sus propias premisas, lo que implica cierta directiva, dicha postura es confirmada por la misma Anderson cuando plantea en su escrito que: “la conversación terapéutica implica enterarse un poco de una cosa y luego mostrar curiosidad por otra” y también cuando afirma: “Yo quiero hacer elecciones que amplíen mi capacidad de maniobra y la del cliente, no que la reduzcan” (Anderson, 2001<sup>a</sup>, p. 232), de lo que se aprecia esta inevitable disposición a darle dirección al proceso de terapia; sin embargo, el modelo a lo que da énfasis es a mantener la postura colaborativa y no establece un curso de acción determinado, más que aquel que se sujete a dicha postura.

El modelo colaborativo aclara su propuesta, de tal manera que no se formulen ideas equivocadas de sus presupuestos. Así al aseverar que su enfoque no se basa en

conocimientos preconcebidos, esto no significa que *todo vale* ó que este tipo de conversación se mantenga solo por mantener una atmósfera no directiva y una conversación empática; más bien, aclara que el proceso se convierte en una fuente de inspiración de una amplia gama de reflexiones y acciones características de las personas involucradas y los temas tratados.

Al igual, desde la visión de la cibernética de segundo orden, precisa que no se puede afirmar que los terapeutas no saben nada, ya que, naturalmente, traen consigo las personas que ellos son y todo lo que eso implica; sin embargo, su postura le posibilita que sus experiencias y conocimientos previos no asuman el liderazgo de la terapia. (Anderson, 2001a).

### **2.6.3. Modelo Equipo Reflexivo**

#### **A. Antecedentes**

Andersen (1994) considera el año de 1974 como punto de partida de su forma de trabajo, aunque aclara que sus ideas y experiencias se fueron acumulando antes de esa fecha. Precisa que sus ideas se comenzaron a gestar cuando visitaban las comunidades locales, cuando “vió con claridad que los problemas incluían a mucha gente, tanto a familiares como a los profesionales” (p. 29), lo que le llevó a plantearse la necesidad de adoptar formas de diferentes de trabajo.

En la conformación del modelo de Equipo Reflexivo, Andersen (1994) aplicó inicialmente el trabajo de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlavick; aunque consideró que los éxitos terapéuticos en su aplicación fueron pocos y pequeños. Posteriormente se vió influida por el trabajo de Lynn Hoffman, del Instituto Ackerman en Nueva York, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin de Milán y Phillippa Seligman y Brian Cade de Cardiff; considerando de gran importancia el enfoque milanés, principalmente la atención que daba al proceso de entrevista más que a las intervenciones. Algo que tuvo una contribución en la conformación de su modelo fue la organización de seminarios en lugares remotos como Nueva York, Milán, Canadá, Bélgica, Roma, Texas.

En 1978 Andersen fue nombrado profesor de psiquiatría social en la universidad de Tromso en Noruega; lo que le permitió desarrollar dos proyectos, por un lado, organizó un grupo formal de siete profesionales que tenían el objetivo de impedir la internación de pacientes psiquiátricos (la que disminuyó un 40% después del proyecto) y , por otro lado, la participación del mismo grupo en un programa educacional de dos años en “terapia familiar de orientación sistémica” organizados por la Asociación Psiquiátrica Noruega y dirigido por Philippe Caillé y sus colegas Charlotte Bühl y Hakon Hartveit. Posteriormente les fueron retirados los fondos, pese haber logrado reducir el 40% de los internamientos, lo que no detuvo su ímpetu terapéutico y creativo.

En 1984 se formaron dos equipos de trabajo a la manera de Milán, conformado por trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras de clínicas externas. Posteriormente, se consideró que no se estaba teniendo mucho éxito con el enfoque milanés tradicional, debido a que se observó que el entrevistador casi nunca transmitía las ideas de su



consulta con el equipo y a que era difícil que todo el equipo estuviera de acuerdo con una intervención; por lo que surgió el cuestionamiento de lo útil que pudiera ser que la familia vieran la forma en que trabajaba el equipo terapéutico cuando se trata de encontrar nuevas rutas para solucionar el problema; idea que se puso en funcionamiento hasta 1985 y fue denominada *Grupo Reflexivo*.

Más adelante, por éste nuevo tiempo, enfatizan la influencia significativa de Bateson, principalmente en los conceptos “establecer una diferencia”, “la diferencia a lo largo del tiempo es un cambio” y “la unidad elemental de información como una diferencia que hace una diferencia” (Anderson, 1994).

También influyeron los principios propuestos por los fisioterapeutas noruegos, Aadel Bülow-Hansen y Gudrun Ovreberg. La primera desarrolló un método fisioterapéutico para personas que sufren tensión muscular, Anderson extrapolo los principios de la *diferencia* en que se funda tal método para favorecer la conversación con la persona, uno de los principios sugiere “tratar de brindar algo inusual, pero no demasiado”.

Al igual influyeron los estudios de Maturana y Varela, con respecto a la fuerte determinación de las estructuras biológicas, así como los procesos “integridad” y “desintegración” que se activan cuando se origina una perturbación; Andersen aplicó el conocimiento de tales procesos para facilitar la conversación a partir de la detección de signos sutiles en la gente.

También retomó los estudios de Heinz von Foerster, principalmente lo referido al diagrama de “sistema de observación”. Así como la propuesta de Ernst von Glasersfeld en relación a los preceptos de “conocimiento”, en el que define como el mapa de los caminos de acción y pensamiento se han vuelto viable en un momento dado en el curso de nuestra experiencia.

## **B. Definición**

El modelo terapéutico de *Equipo Reflexivo* es una escuela de terapia sistémica y posmoderna, que consiste en proveer nuevas distinciones ó mapas, de una ó varias situaciones relacionadas al problema planteado, mediante invitar al paciente identificado y/ó miembros de la familia a observar el proceso que tiene lugar cuando los miembros del equipo terapéutico conversa y expone sus propios puntos de vista en su esfuerzo por encontrar nuevas rutas para solucionar el problema planteado.

## **C. Premisas**

Algunas de las premisas del Modelo (Andersen, 1994)

1. El que describe a otra persona, a través de su participación en el sistema de observación, influye en lo que puede ser observado y descrito.

2. El que describe hace distinciones especiales, por lo tanto, deja afuera todas las demás posibles distinciones; influyendo en su descripción sus intereses, conocimiento, historia, etc.
3. Las descripciones y las explicaciones correspondientes estarán estrechamente conectadas con los actos del que describe.
4. La constitución neurológica interna de la persona y su función influirán en el acto de describir y explicar.
5. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente “validas”.
6. En el trabajo clínico se deben buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación y se promoverá la búsqueda de los que todavía no se hayan encontrado.

### **De los problemas/soluciones:**

1. La gente cree que hay sólo una historia correcta y sólo un cuadro correcto, al pensar así se pueden ver envueltas en discusiones.
2. La gente se relaciona con el tema problemático y con lo que interpreta como tal.
3. El “cambio” puede ser resultado de consejos ó imposiciones externas, lo que frena la conducta que ha sido descrita como desviada, sin embargo, se experimenta como una amenaza a la integridad, llevando a que la persona limite el uso de su repertorio de actuación y su habilidad de describir, explicar y actuar; favoreciendo la idea de que debe ser dirigida por otra.
4. El otro tipo de cambio ocurre cuando hay libertad para intercambiar ideas, lo que asegura la integridad y favorece que surgen nuevas ideas para conocer, sentir ó actuar; estos cambios conocen su propia ruta y su propio tiempo. Lo que expande la habilidad de describir, explicar y actuar.
5. La exposición de diferentes distinciones de una misma situación ó diferentes “mapas” contribuyen a que la persona agregue nuevos matices a su cuadro en movimiento.

### **Para la terapia:**

1. La conversación debe ser lo suficientemente lenta para que la otra persona y el terapeuta tengan tiempo suficiente para sus conversaciones internas.
2. El trabajo se debe organizar de tal forma que las personas tengan la oportunidad de decir *no* a la forma, *no* al contenido, *no* al contexto de la conversación ó *no* a los tres elementos a la vez.
3. En el ciclo de la conversación se necesita una pequeña pausa antes de hablar (actuar) y una pequeña pausa antes de escuchar (sentir). La pausa puede ser utilizada para preguntarse ¿qué dijo en realidad?, ello para pensar acerca de la conversación; para escuchar lo que dicen realmente, y no lo que quieren decir en realidad.
4. Los consejos e interpretaciones pueden fácilmente convertirse en interpretaciones ajenas a la persona, principalmente, si la persona acepta algo para lo que no tiene respuesta en su repertorio, lo que podría dar lugar a la desintegración.

5. Se ayuda haciendo preguntas, especialmente aquellas que las personas no se hacen a sí mismas y aquellas que puedan ser contestadas de muchas maneras.
6. Es importante cuestionarse qué de todo lo que la persona habla es más importante seguir hablando, esas partes importantes se llaman *aperturas*<sup>1</sup>.
7. Se evita todo preconcepto, las hipótesis son omitidas en todo lo posible.

#### **D. Meta Terapéutica**

La meta terapéutica consiste en “buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación, promoviendo la búsqueda de los que todavía no se hayan encontrado”, de tal manera que la persona se hagan nuevas preguntas a medida que escuchan al equipo y establezcan, al mismo tiempo, nuevas distinciones a su cuadro en movimiento (Andersen, 1994, p. 15).

#### **E. La Planificación**

En la planificación se aprecian varios momentos del proceso del Equipo Reflexivo, cada uno de los cuales tiene sus propios objetivos y reglas de funcionamiento, a continuación se describen:

Se establece el *primer contacto*, si el contacto se hace por teléfono, se puede conversar sobre cuáles persona, consideradas importantes en ese momento, deberían estar presentes en la primera reunión para discutir el tema; si el que llama es un profesional se le pide que venga a la primera reunión; si el contacto es por carta se puede responder también por carta. Esto permite saber más sobre las experiencias e ideas que tienen las personas envueltas en el caso.

Se plantea la forma de trabajo de equipo reflexivo, se les informa de la forma de participación del profesional, quien ha de decidir si se presenta antes ó después de la sesión.

El espacio se organiza de tal forma que se ubica una habitación de entrevista y otra de observación. Se solicita su consentimiento para filmar y para recibir a determinados visitantes (e.g. el profesional que canaliza, alumnos, el equipo mismo).

El equipo se encuentra detrás de un espejo unidireccional, que la mayoría de las veces está compuesto por tres personas, observando el proceso de terapia, cuyos protagonistas son el terapeuta y el/los miembro(s) de la familia, denominado sistema de entrevista. El equipo reflexivo nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir ó cómo sus miembros deben de hablar. Cada miembro escucha en silencio la conversación. Cada cual se habla a sí mismo. Algunas preguntas que los miembros

pueden plantearse son: ¿de qué manera la situación ó el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿de qué otra forma puede explicarse la situación ó el tema además de la (s) explicación (es) presentada?

Después de un rato, los miembros del equipo presentan sus ideas si es que el sistema de entrevistas se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el/ los tema(s) presentado(s), mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan.

Una vez que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. El equipo solo da reflexiones especulativas, conforme a lo cual no existe una versión objetiva ó final.

Finalmente los miembros del equipo reflexivo pueden plantearse algunas otras preguntas no contempladas en la exposición ante el sistema de entrevista, basadas en la *curiosidad*, las que surgen alrededor de la cuestión de establecer diferencias; algunas de ellas, formuladas en tal sentido, son: ¿qué conversación tendríamos si todas las preguntas que se podrían hacer pero no se hicieron se hubieran hecho? ¿qué hubiera ocurrido entonces? ¿qué explicaciones se hubieran construido basadas en todas estas otras descripciones que no se vieron?

## **F. Estrategias de Intervención**

Las estrategias de intervención tienen que ver más con las preguntas formuladas más que con estrategias específicas, por lo que se exponen a continuación una categoría de preguntas y sus propósitos particulares.

### **❖ Las preguntas principales**

*No hay reglas fijas, sin embargo, desde el inicio de la sesión, el entrevistador y el resto del equipo tienen ya preguntas específicas: ¿por qué los presentes están interesados en esta reunión? ¿con quién habló de ello, en qué orden? ¿a quién le gusto la idea? ¿quién tuvo reservas? ¿quién dudo? A quien estuvo más decidido a favor del encuentro, se le puede preguntar ¿de qué manera le gustaría utilizar este encuentro? ¿qué tema(s) le gustaría discutir? A lo largo del proceso una pregunta frecuente es ¿a quién hacerle preguntas, sobre qué y quién va a escuchar? La persona que más dudó en asistir se le puede considerar como quien más posiblemente quiere conservar el sistema. Cuando quien pide la consulta es un profesional que ha atendido a la familia, se permite que este exponga primero, para que una vez que finalizó la familia exprese si tiene algún comentario sobre lo que ha oído.*

<sup>1</sup> Una apertura es la expresión del sistema de significados en una familia; e.g. una idea, pista, un tema ó un ítem de conducta por analogía, y constituye el punto de partida para indagar la descripción familiar que mantiene el problema, así como para proponer nuevas distinciones, con la finalidad de disolver el problema planteado.

### ❖ **Consideraciones**

Andersen propone una serie de consideraciones a contemplar en el proceso de la terapia, algunas de ellas se exponen enseguida:

- A cada uno de los presentes se le da la oportunidad de decir que temas les gustaría que se tocaran; con base al orden de importancia del sistema.
- Se le pregunta a la familia el tipo de formato con el que quiere trabajar; e.g. dividirse para evitar la disputa entre varios miembros.
- Estará siempre presente la pregunta del encuadre: ¿quién está dispuesto a hablar sobre quién acerca de este tema en este momento?
- La primera información que da la familia con frecuencia contiene información importante.
- El entrevistador espera una pausa en el flujo de la conversación para hacer su pregunta, mientras espera y escucha cuidadosamente lo que se dice.
- Es importante recordar que no se puede saber que camino seguirá el diálogo.
- El entrevistador estará atento a las aperturas
- El entrevistador elige una apertura a la vez y esta depende de él; la que a su consideración servirán mejor al diálogo que seguirá.
- Una regla importante es que el entrevistador no elegirá una apertura que le resulte desagradable, ello con la finalidad de preservarse y de no restringir la curiosidad.
- La apertura puede ser una que provoque curiosidad, no aferrándose a una posición especial. En tal sentido, se describe la neutralidad como la creación de un estado de curiosidad en el terapeuta.

### ❖ **Tipos de pregunta y su capacidad de generar cambio**

*Las preguntas que crean mayor cantidad de aperturas nuevas son las preguntas que son adecuadamente poco usuales. El indicador del tipo de preguntas en tal sentido depende de las respuestas de quien las recibe y esto requiere sensibilidad.*

*Las preguntas demasiado usuales no crean ninguna tensión en aquellos con quienes hablamos.*

*Las que son apropiadamente inusuales lo hacen y podemos detectarlo como una especie de cambio en la actividad de la persona; e.g. pensar en serio en un problema, cambio en la posición del cuerpo, pasar de una tranquilidad a una leve intranquilidad, sin que se reduzca el flujo de intercambios en el diálogo.*

*Las preguntas que son demasiado poco usuales, se produce un cambio en la actividad pero perturba a la persona, lo que se observa en que e.g. escuchan con menos atención, se vuelven distante ó desinteresada, sus respuestas se hacen más cortas y espaciadas, aumenta la actividad de los músculos flexores del cuerpo, lo que se hace visible ya que frunce el ceño, se cruzan los brazos, se contiene la respiración; así también nosotros mismos estamos en estado de tensión, y mientras menos reciben nuestras preguntas más los obligamos a que nos contesten.*

### ❖ **Las preguntas poco usuales**

Este tipo de preguntas están relacionadas con:

**a) Descripciones de las actividades alrededor de los temas que fueron presentados, por ejemplo:**

- *En comparación con:* ¿cómo está ahora comparado con entonces? ¿a quién le gustó más? ¿quién hizo qué?
- *En relación con:* ¿cuáles fueron las circunstancias? ¿quién participó?
- *Diferente de:* ¿cuándo comenzó? ¿cuándo empeoró?

❖ **Consideraciones**

- Si las preguntas resultan demasiado inusuales uno simplemente se detiene y espera para volver a preguntarles en un momento más apropiado.
- A veces, si la gente pone de manifiesto las similitudes en preguntas sobre diferencias se deben plantear preguntas con tenencia a la similitud.
- En ocasiones habrá que abordar temas sin tratar de esclarecer las diferencias; con la idea de que si se sigue con aquellos temas que los hacen sentir cómodos, llegará el momento en que acepten preguntas sobre las diferencias.
- Al evocar diferencias se puede preguntar: ¿cómo puede explicar esto? ¿cómo puede entenderse? ¿cómo pudo haber ocurrido en éste momento?
- Las preguntas son buenas si crean una curiosidad cuestionadora y fomentan la búsqueda de respuestas. Al estar con familias es más fácil especular sobre preguntas acerca de qué diferencia hizo la diferencia para bien, qué con respecto a la que lo hizo para lo peor.
- Las descripciones dobles ó múltiples son extremadamente útiles para salir de una situación difícil.
- Las preguntas sobre conversaciones pasadas, presentes y futuras son en sí mismas significativas, e.g. ¿quién habló con quién sobre qué tema y de qué manera? ¿qué significados tienen estos temas y qué significan las soluciones del problema? ¿hasta qué punto los significados son compatibles?
- Las personas que se inmovilizan ante una situación problemática confunde los niveles de descripción y explicación cuando hablan.

**b) Descripciones y explicaciones alternativas**

Algunas categorías de preguntas son expuestas enseguida:

- Introducción y Verificación de la posibilidad de cambio.- parte de la premisa de que un cambio de acto ó los actos conectados al acto pueden desafiar sus propias premisas e incluso cambiarlas, e.g. ¿si cambiara la secuencia tal ó cual, qué ocurriría?
- Introducción de dilemas.- el intentar una nueva solución también creará otro problema, e.g. ¿si él tuviera que irse por un tiempo, quien actuaría igual? ¿si usted actuara de esta manera en lugar de aquélla, qué problemas podría causar?
- Si las preguntas hipotéticas sobre el futuro fueron constantemente rechazadas, se podría intentar discutir qué espacio se le da a un futuro no determinado y cuál se le asigna a uno predeterminado, e.g. ¿hasta qué punto podemos decir que es predeterminado? ¿está totalmente predeterminado ó existe una pequeña posibilidad de que usted determine algo? Si eso cambiara ¿cuándo sería más probable?

❖ **Reglas para los miembros del equipo**

Las reglas a seguir por los miembros del equipo se enlistan enseguida:

- a) Deben mirarse a la cara mientras hablan y no mirar a los miembros del sistema fijo.
- b) No interrumpen para proponer preguntas ó dar consejo.
- c) Detrás del espejo, tan solo escuchan y no discuten la entrevista.
- d) Cada cual selecciona aquellas ideas que le parezca de mayor significancia.
- e) Cada uno puede hacer un comentario con base a la modalidad de la familia, e.g. conversaciones más intelectuales, sugerir reflexiones más directas; conversaciones más artísticas, emplear mas metáforas e imágenes.
- f) Son autónomos del sistema de entrevista en términos de los temas que se discuten y de la forma en que lo hacen.
- g) Pueden decidir que ideas generadas durante la observación de la entrevista es importante transmitir, así como el momento oportuno para hacerlo, previa autorización del entrevistador.
- h) Omitem aquella información que quedó demostrado que la propia persona prefiere que no se mencione.
- i) Las reflexiones a menudo toman la forma de un diálogo en el que se plantean comentarios y preguntas sobre si los demás piensan algo más ó si piensan algo diferente.
- j) No hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto de la conversación del sistema de entrevista y no se dan connotaciones negativas.
- k) Una vez que el equipo reflexivo terminó, el sistema de entrevista habla con relación a lo dialogado por el equipo, mientras que éste escucha.
- l) Al regresar a sesión, se le pregunta a la familia lo que más recuerdan de las reuniones.

### ❖ **De los fracasos**

Los fracasos suelen estar relacionados con dos temas: a) no se había discutido con suficiente profundidad, con la parte profesional del sistema fijo, que configuración debería tener la sesión; e.g. tratar aparte con la guardia del hospital, es decir sin que este la familia presente, su modo de pensar y de ejercer la práctica); b) no discutir lo suficiente la historia de la idea de conectarse con nosotros con aquella parte del sistema fijo que se encuentra emocionalmente, e.g. citar familiares que no habían pedido entrevistarse, ni estaban interesados. También es útil discutir la base epistemológica de la pregunta antes de contestarla.

### **Consideraciones Finales**

El modelo de *equipo reflexivo* defiende una postura sistémica, por sus fundamentos constructivistas, milaneses y batesonianos; así como posmoderno, esto último surgido del propio trabajo de Andersen en comunidades locales en Noruega y por la aplicación al campo de la terapia de los principios de fisioterapeutas noruegos.

Un principio rector del modelo es el de *trata de brindar algo inusual, pero no demasiado*, a la familia; lo que requiere que el terapeuta sea un observador cuidadoso para saber cuando está siendo poco ó demasiado inusual.

Al igual, el modelo defiende una visión desde la segunda cibernética, al sostener que en la descripción del problema que hace el terapeuta influyen sus intereses, conocimientos, historias, entre otros.

Similarmente da énfasis a la constitución neurológica, y su función, en el acto de describir y explicar; lo que implica que no compete a la persona reformar algo que ya está establecido.

La peculiaridad de este modelo se encuentra en que propone invertir el proceso de observación, de tal manera que la familia misma, quien convencionalmente ha sido observada, sea ahora quien observa la conversación del equipo terapéutico; para la cual, Andersen establece sus propias reglas que favorecer la expresión de múltiples descripciones y explicaciones en torno del problema planteado por la familia, mediante por ejemplo, eliminar las connotaciones negativas de la conversación ó no dando información que pertenece a un contexto distinto de la conversación..

Al igual, no plantea hipótesis de trabajo, se interesa más bien en fomentar la creación de un estado de curiosidad en el terapeuta, apoyándose en el empleo de preguntas y en la formulación de nuevas descripciones y explicaciones que expliquen el problema. En tal sentido, no hay resultados previsibles, ya que cada situación es única; por lo que hay oportunidad de plantear el discurso que más útil se considere.

Finalmente, algo que propone el modelo es discutir la base epistemológica de la pregunta que se pretende formular a la familia; este aspecto es de suma importancia, ya que las intenciones y la estrategia para alcanzarlas, pueden llegar a ser más congruentes si se reflexionan más apropiadamente, lo que permitirá tener un mejor impacto en la familia, ello sin olvidar que no se puede prever con exactitud un resultado anticipadamente.



### III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

##### Introducción

En este apartado se da una descripción de los casos clínicos a los que les proporcionó terapia familiar sistémica, casos que guardan similitudes como la referente a la violencia familiar, fenómeno que fue inscrito en el marco de una cultura de género en la labor terapéutica para favorecer la intervención, para lo cual se dará una breve exposición de los temas: violencia y género; revisando estadísticas de este fenómeno.

Primeramente es importante enfatizar que las estadísticas de la violencia familiar en México son inexactas, debido a lo que Campos (2005) menciona como una dificultad que radica fundamentalmente en el arraigo cultural de las premisas sociales que “normalizan” la violencia, tanto en la percepción de que este tema es de índole privado, como por las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva el hablar de maltrato, y que impide que la mayoría de las víctimas no denuncien las agresiones, por lo que el número oficial de las denuncias es inferior al real. Con esta reserva, existen instituciones de asistencia social que atienden estos casos cuando las víctimas deciden “romper el silencio”, a partir de los cuales proporcionan estadísticas referidas a la violencia familiar en esta situación.

La Secretaría de Desarrollo Social del D.F. a través de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (2007) recopila dichas estadísticas de tales instituciones, en las que se muestra cifras alarmantes de esta problemática social, las que se presentan a continuación:

- “Inmujeres” (abril-junio 2007) informó que en el D.F., atendió 6309 casos de violencia familiar, que en 5790 de estos casos, la violencia fue dirigida contra mujeres (aproximadamente el 92%), y 519 hacia los hombres; siendo los generadores de la violencia, en el 94.8 % de los casos, los hombres, y en el 88% de los casos quien ejerció la violencia fue la pareja (cónyuge, concubino ò exconcubino); también se encontró que el tipo de maltrato con mayor incidencia fue el psicoemocional (100%), seguido del psicofísico (61%).
- El “Albergue para mujeres que viven violencia” (abril-junio, 2007), reportó cifras similares, debido a que encontró que de los casos recibidos, el 100% de las receptoras de la violencia son las mujeres, que en el 80% de los casos el generador de violencia es el cónyuge ò concubino, agregando que de este grupo de mujeres, el 70% se dedica hogar y el 15% es subempleada.
- DIF (abril-junio, 2007) encontró que de los 2925 casos de violencia atendidos en el D.F., el 95% correspondió a violencia dirigida contra la mujer, que el 80% fue ejercida por su pareja y de las que el 52% estaba dedicada al hogar.
- “Locatel” (abril-junio, 2007) reportó que recibió 567 llamadas de mujeres que informaban estaban viviendo violencia familiar, que el 83% estaba casada ò vivía en concubinato y en el 82% de los casos el agresor fue el cónyuge ò concubino.

- Datos similares son ofrecidos por la Procuraduría de Justicia del D.F. de la Dirección de Atención a Víctimas del Delito, las que muestran que de 5221 casos atendidos, el tipo de maltrato más frecuente es el psicoemocional (46%), seguido del maltrato físico (38%) y maltrato sexual (16%).

Conforme a tales estadísticas se evidencia que la mujer es la principal receptora de la violencia y que la pareja es quien ejerce la violencia en un porcentaje elevado de casos. Estas estadísticas son comprensibles conforme a la política de género que regula las relaciones entre hombres y mujeres, tal como lo sostienen Echeburúa y De Corral (1998), quienes afirman que “la conducta violenta en casa supone un intento de control de la relación y es reflejo de una situación de abuso de poder, lo que explica que el maltrato lo protagonicen los hombres, siendo las mujeres, los niños y los ancianos los sujetos más vulnerables en el seno del hogar” (p. 1)

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal (citado por Campos, 2005, p. 1) considera la violencia intrafamiliar como “aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio particular, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño” (p. 2).

La dinámica de la violencia conyugal tiene un carácter cíclico y es de intensidad creciente; detectándose 3 fases (Corsi, citado por Suárez, 1994):

- a) La primera fase es denominada “Fase de acumulación de tensión”, la que se caracteriza por la sucesión de pequeños episodios (roces), con un incremento constante de la ansiedad u hostilidad.
- b) La segunda es llamada “Episodio agudo”, en esta toda la tensión que se había acumulado da lugar a una explosión violenta, que varía en gravedad.
- c) La Tercera fase, “Luna de miel”, en la que se produce arrepentimiento, disculpas y promesas de no violencia por parte del generador de la violencia.

Para la comprensión de la violencia familiar es importante considerar los tres niveles de análisis propuestos por Bronfenbrenner (1987, citado por Suárez, 1994, p. 134) que favorecen la presencia de este fenómeno, los que se describen a continuación:

- a) El macrosistema, que incluye las creencias y valores culturales acerca de ser mujer, hombre, niño, familia; conceptos del poder y la violencia, actitudes hacia el uso de la fuerza para la resolución de conflictos y conceptos de roles familiares, derechos y responsabilidades.
- b) El exosistema, que abarca la legitimización institucional de la violencia, modelos violentos a través de medios de comunicación; victimización secundaria; carencia de legislación adecuada, escasez de apoyo institucional para las víctimas; impunidad de los perpetradores y factores de riesgo (estrés, desempeño, aislamiento social, alcoholismo, etc).

- c) **Microsistema:** que se refiere a la historia personal (p.e. haber vivido violencia familiar en la familia de origen), aprendizaje de resolución violenta de conflictos, autoritarismo en las relaciones familiares, baja autoestima, aislamiento, entre otros.

Uno de los factores referidos en el macrosistema se refiere a las creencias y valores culturales acerca de ser mujer y hombre; es decir lo referente a la socialización de género lo que conlleva a callejones sin salida, al colocar en categorías mutuamente excluyentes y en términos absolutos, la masculinidad y la femeneidad; así por ejemplo condiciona a las mujeres a “la pasividad, la tolerancia, la falta de afirmación, la obligación de cumplir con el rol doméstico y la creencia de que sólo es alguien con un hombre a su lado” (Dohmen, 1994, p. 66); y a los hombres a ser “la máxima autoridad en la casa, independientes, objetivos, competitivos, encargados de ejercer el poder y control sobre los otros y su entorno; exitosos y encontrar sus logros en el ámbito económico y laboral” (Suárez, 1994, p. 134 y 136); que desencadena en actos de violencia, que es legitimada y justificada socialmente; por lo que es de importancia que en el ámbito terapéutico se reflexione en torno de dichas conceptualizaciones asignadas para colocarlas en un plano relativo y contextualizado.

Por lo tanto, el conocimiento y su manejo de los procesos sociales relacionados al aprendizaje de género, es importante en el ejercicio de la terapia familiar para una apropiada intervención, tal como el referido a las táctica de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres y sus hijos, que tiene un carácter cíclico y progresivo, cuando se sucede la violencia, que incluso puede asumir un carácter sutil y distorsionado que encubre el maltrato, como es el caso de la violencia emocional ò patrimonial; que produce afectaciones clínicamente significativas como la desesperanza aprendida y baja autoestima, e inclusive en trastornos emocionales severos como la depresión ó lo que Dohmen (1994); denominó como “Síndrome de la Mujer Maltratada”, afectación caracterizada por deterioros en la autoestima, autoconfianza, libertad de acción; así como dudas de salud mental, culpa, vergüenza, temor, aislamiento, habituación al maltrato; hasta llegar a un estado de parálisis progresiva , que constituye un cuadro de indefensión aprendida.

Al igual, la generación de encuadres terapéuticos que posibiliten colocar a la violencia en un plano diferente, por ejemplo, colocarla como aquellas acciones que van en detrimento del desarrollo de los miembros de la familia, que produce dolor e impotencia en quien la vive; la toma de conciencia en el generador de violencia del impacto emocional, físico y social que producen sus actos en su familia; así como el conocimiento del ciclo de la violencia y su detención oportuna, para evitar que se incrementen los riesgos de sufrir mayor daño físico, emocional, patrimonial, etc.

Por otra es importante considerar varias cuestiones, primero, que aunque existan determinantes culturales de la violencia, ello no excluye de la responsabilidad del acto a los protagonistas del mismo, lo que es un principio básico del cambio; segundo, la violencia no es un problema aislado, debido a que afecta la salud pública, transgrede el marco de la legalidad e infringe los derechos humanos; es por ello que requiere la participación conjunta de la sociedad para resolver este grave problema social, y tercero, la terapia familiar, requerirá del apoyo de otras instituciones que favorezcan el adecuado

curso de la misma, principalmente aquellas encargadas de brindar asistencia legal y social a las víctimas.

En conclusión, uno de los principios básicos en el ejercicio de la terapia familiar es el considerar el contexto sociocultural e histórico en el que se desarrolla la familia, ya que en el mismo se surgen y se desarrollan los discursos sociales que gestan problemas cruciales en las familias, como el referido a la violencia familiar, que es favorecida por el conjunto de creencias, estereotipos, prejuicios, mitos, que giran en torno al ser hombre o mujer, es decir el referido a la cultura de género.

Al igual, resulta evidente que la terapia familiar desde la visión de género en situaciones de violencia familiar es crucial pero no es suficiente, ya que se requiere de una labor multidisciplinaria debido a la naturaleza compleja y arraigada que entraña este fenómeno, es por ello necesaria la participación de terapeutas, legisladores, abogados, sociólogos, antropólogos, economistas, etc. y la sociedad en general para erradicar este grave problema.

### 1.1 Integración de expedientes clínicos de familias

Se presenta un resumen de 4 casos clínicos a los que les proporcionó terapia familiar sistémica en el Centro de Servicios Psicológicos y en los que participe como terapeuta; 3 de los cuales fueron supervisados directamente por docentes y por el equipo de residentes en terapia familiar, mientras que el 4º caso lo fue mediante supervisión narrada y el apoyo de dos residentes del equipo en sesión (ver cuadro 1).

Los primeros tres casos clínicos que se presentan mantienen un formato similar, en ellos se aplicaron los modelos de terapia breve, de soluciones, narrativa y/o equipo reflexivo; mientras que el 4º y último caso, muestra un formato acorde al modelo de milán, por responder este mejor a las características de dicho modelo y a los requerimientos del supervisor.

**Cuadro 1.** Se presenta información de 4 familias atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos (el nombre real de la familia fue modificado para resguardar su identidad)

<b>Nombre de la Familia</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Modelo de Intervención</b>	<b>Solicitante de la Terapia</b>	<b>Terapia solicitada/ No. de sesiones</b>	<b>Se dio el cierre</b>
Roldán Mora	Conflictos de pareja por Violencia	Terapia breve, de soluciones y narrativa	Novia	Individual y de pareja (12)	Si (Alta)
Díaz Pérez	*Conflictos de pareja por Violencia *Problemas en el ejercicio del rol materno	Terapia breve y de soluciones	Mamá	Familiar, de pareja e individual (20)	Si (Alta)

<b>Nombre de la Familia</b>	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Modelo de Intervención</b>	<b>Solicitante de la Terapia</b>	<b>Terapia solicitada/ No. de sesiones</b>	<b>Se dio el cierre</b>
García Robles	*Conflictos de pareja por Violencia *Problemas en el ejercicio del rol materno *Problemas personales	Soluciones, Narrativo, Colaborativo y Equipo Reflexivo	Mamá	Familiar, de pareja e individual (15)	Si (Alta)
González Reyes	Conflictos de pareja por Violencia	Milán	Mamá	Individual (5)	Si

**Nota:** Es importante aclarar que los nombres de los integrantes de las familias participantes fueron modificados para resguardar la identidad de los mismos.

### 1.1.1 Familia: Roldán Mora

#### ❖ **Motivo de consulta:**

Una joven menciona conflictos en su relación de pareja, manifestada principalmente por insultos de él (e.g. le refería que era una puta, golfa, prostituta...), humillaciones recurrentes (e.g. la escupió, le vació una jarra de agua cuando ella dormía en su cama) y que se ha presentado agresión física en dos ocasiones (e.g. mencionó que él le grita, le azotó la cabeza contra un cristal, le arrancó los cabellos); que se ha alejado de la gente y su familia por los celos de él. Respecto al objetivo de la terapia, la joven se muestra indecisa en un inicio ya que no sabe si continuar ó terminar su relación de pareja; agrega que le ha pedido a él que tomen juntos terapia de pareja pero él se ha rehusado.

#### ❖ **Antecedentes:**

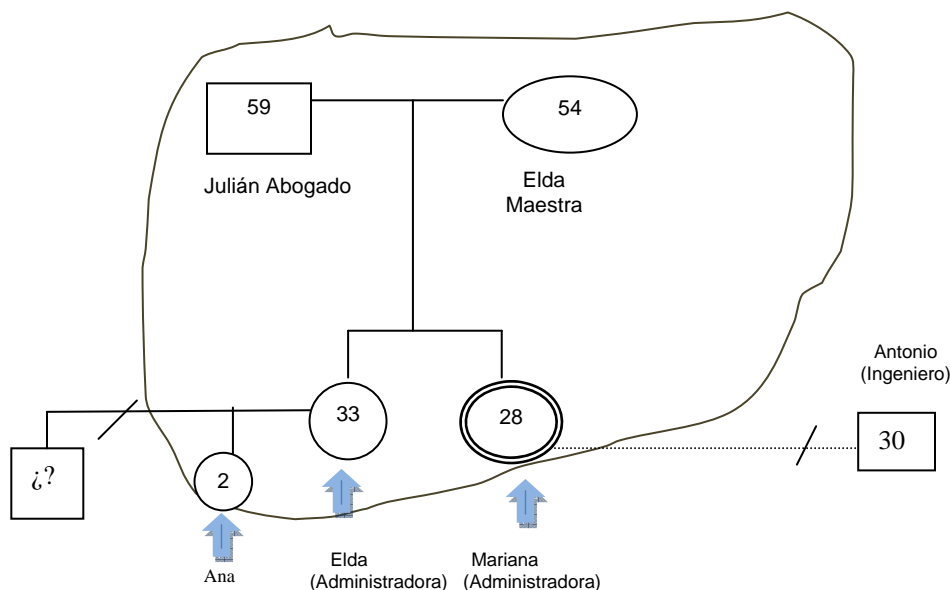
La joven que se presenta tiene 28 años de edad, soltera, desempleada actualmente, egresada de universidad privada en la carrera administración de empresas y con un diplomado en mercadotecnia; vive con su padre (abogado), su mamá (ama de casa), una hermana de 33 años (administradora industrial) y una sobrina de 2 años. Por aproximadamente dos meses y medio, dicha joven vivió con la pareja referida en el motivo de consulta, el que tiene 30 años, es ingeniero y trabaja en una empresa privada; y que en la actualidad vive con sus padres y hermanas.

#### ❖ **Resumen del proceso:**

La paciente planteó diversos dilemas en el curso del proceso, como su miedo a la soledad y su inquietud por terminar una relación que no la satisfacía; decidir entre el estilo de vida determinado por su pareja ó plantearse su propio proyecto de vida; en

continuar una relación de exclusividad con su pareja ó reestablecer sus redes sociales y familiares. Durante el curso de la terapia la joven se conduce indecisa respecto de tales

### ❖ **Familiograma:**



dilemas y por ende de continuar ó de terminar su relación con esta pareja; reflexionando en torno de los pros y contras; tratando de negociar una relación más equitativa con su pareja, en unas ocasiones cediendo y en otras luchando por su autodeterminación; sin obtener una comprensión de él en el sentido de las necesidades de ella. La terapia estuvo enfocada a apoyar a la joven en la decisión que ella tomara; en los inicios ella decide dar por terminar su relación de pareja, posterior a ello y debido a la confusión de sentimientos que la joven experimentaba ante la ruptura, fue de utilidad mostrarle la gráfica de “migración de la identidad” (White, 2002, p. 107), para normalizar sus emociones ambivalentes y su sensación de confusión, desplazando sus conocimientos y habilidades en mercadotecnia para que solucionara más fácilmente su queja; también reflexionó en torno de los conceptos respeto y comprensión; al igual se planteó su propio proyecto de vida.

### ❖ **Problemas planteados:**

1. Indecisión respecto de terminar una relación de pareja en la que se siente restringida y humillada.
2. Temor de ser rechazada socialmente por no tener una pareja, a ser ubicada dentro de la categoría de las “cuarentonas quedadas”.
3. No saber cómo manejar el malestar emocional que le produce el haber terminado una relación de pareja que le era insatisfactoria.
4. No saber cómo conducirse en una fiesta ó reunión sin pareja, no saber cómo manejar la soledad.

5. Desconfianza en su misma, en la idea de que pudiera volver a aceptar una relación abusiva.

### ❖ **Intervenciones y Técnicas**

Se emplearon las siguientes intervenciones y técnicas: Encuadre terapéutico, Concretizar, Tiempo necesario, No apresurarse, Normalización, Elogios, Empleo de las tres premisas del árbol de la queja (Steve de Shazer, 1991), Excepciones, Adaptarse al lenguaje del cliente, Reenmarcar, Enfoque a futuro, Metáforas, Los saberes, las estrategias y las técnicas que son empleadas en el abuso femenino de la política de género (White, 1995); Predicción de la resaca, Externalización y Escalas; las que se aplicaron para abordar el tema de la violencia, las creencias, mitos y prejuicios que lo sostienen, así como las habilidades y recursos para hacerle frente y en el planteamiento de un proyecto de vida propio.

### ❖ **Cambios que se observan**

#### **a) Desde la visión del terapeuta y equipo reflexivo**

Se considera que la joven:

- ✓ Identifica las ideas y creencias que hacen la diferencia entre continuar la relación con su novio, pese al maltrato e infelicidad, y alejarse de él como una forma de protegerse.
- ✓ Es capaz de manejar razonamientos que le permiten disolver la culpa y el arrepentimiento
- ✓ Identifica el contexto que favorece la violencia, dándole un peso importante a su propia conducta y actitudes.
- ✓ Menciona cambios hechos en su vida cotidiana, como el reestablecimiento de sus redes de apoyo y el planteamiento metas personales.

#### **b) Desde la visión de la joven:**

Comenta que esta “orgullosa de sí misma” por haber terminado una relación que le producía dolor, que “se siente con una fortaleza que creyó había perdido”, que “despertó a la realidad”, y “que ahora su primer término no es tener novio, que lo dejará al tiempo, sin presionarse”, que lo que más desea “es superarse y crecer”.

Agrega que recientemente hace ejercicio, come más nutritivamente; que aprendió cosas importantes con respecto a la relación de violencia, que piensa más en las metas que esta por alcanzar, como en el campo académico y laboral; concluye que está haciendo “cosas por sí misma” y que eso le da “seguridad”.

### ❖ **Pronóstico**

En estos momentos del proceso, la joven se percibe decidida y firme, con claridad del tipo de relación que ahora quiere establecer, también se observa motivada para alcanzar sus metas personales y para enfrentar desafíos, lo que plantea un buen pronóstico. Sin embargo, por momentos la joven se que aprecia desconfiada de sí misma, ya que se percibe dudando, principalmente cuando escucha los discursos sociales de lo que una mujer debe de hacer ó tener, cuando se siente sola ó ante una situación que desafía su situación de seguridad. Es evidente que requerirá conversar en torno de discursos que

favorezcan la posición que le generen más bienestar, como los asociados a las capacidades y autonomía de las mujeres, lo que no excluye que puedan tener pareja, sino que la coloque en una posición en la que puede plantearse más oportunidades, alternativas y derechos, que los establecidos por los discursos dominantes. De ahí la importancia de que acuda a grupos de autoayuda donde se traten estos temas y se reflexionen, a la par, en torno de la cultura de género.

#### ❖ **Desempeño del terapeuta**

Este caso se solucionó con relativa facilidad, debido a que la capacidad y recursos de la joven favorecieron el proceso de terapia, que se tradujo en una postura activa y participativa de parte de ella a las ideas y propuestas que se le formularon, con facilidad para interactuar y para expresar con claridad sus demandas y expectativas. En lo que se refiere al trabajo terapéutico, se aplicaron diversos modelos de terapia a la vez, lo que pudo haber obstaculizado el proceso mismo al no mantenerse la continuidad de un solo modelo; de cualquier manera resultó funcional, lo que genera interrogantes en tal sentido. Por otra parte, con relación a la postura de aparente neutralidad que se pretendió asumir, fue imposible, debido indudablemente a que la joven y la terapeuta compartían el mismo género y a que fragmentos en la historia de vida de ambas se parecían notablemente, principalmente en lo que respecta a las relaciones de pareja; sin embargo, me parece que fue honesto plantear la postura de la terapeuta y el equipo en lo que concierne a nuestra inconformidad en torno de las conductas abusivas, a la vez que prevaleció la comprensión, respeto y aceptación por las decisiones que la joven fue tomando. Este es uno de los casos, que se percibió de accesible resolución, práctico y ameno.

#### ❖ **Seguimiento del caso**

Se realizó una sesión de seguimiento a los 6 meses, de lo que se encontró que la joven no había regresado con la pareja con quien había vivido maltrato, y en esos momentos manifestó que se encontraba estable, en el interés de hacer dieta, ejercicio, en la búsqueda de un empleo y considerando que cursos de capacitación tomaría para ser más competitiva. A los dos y medio años de seguimiento, dicha joven expresó que se encontraba trabajando en una empresa privada en la que sentía se estaba desarrollando profesionalmente, que desde hacía 5 meses había establecido una relación de noviazgo en la que se sentía satisfecha y con “hombre que nada que ver con la pareja que la maltrato”, refirió que se encontraba capacitándose para ser instructora de cursos, agregó que en este momento de su vida se sentía con bienestar, aunque un poco tensa por tantos cambios que estaba teniendo.

### 1.1.2 **Familia: Díaz Pérez**

#### ❖ **Motivo de consulta:**

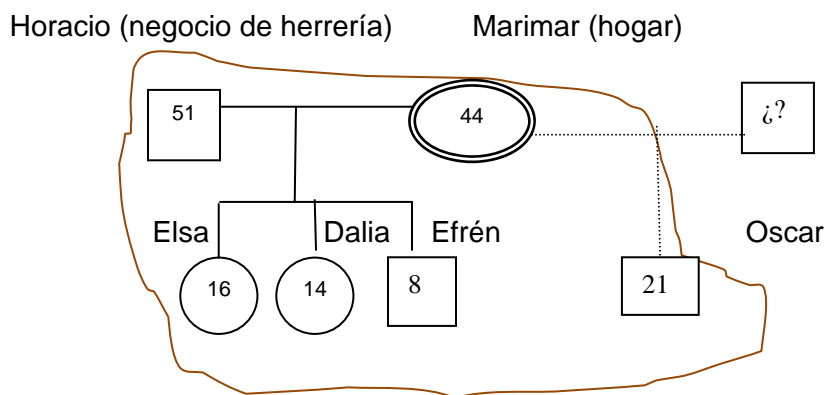
Una ama de casa expresa que necesita ayuda para ella y sus hijos, debido a que tiene problemas; refiere un gran malestar por el mal carácter de su esposo y por el consumo de bebidas embriagantes y la falta de ayuda de su hijo mayor.



❖ **Antecedentes:**

La señora tiene 44 años, es originaria de Tlaxcala y reside en el DF desde que tenía 16 años, laboró como empleada doméstica; su familia de origen se encuentra en su tierra natal; hace 21 años procreó un hijo (de cuyo padre no aporta más datos) y desde hace 21 años vive casada con el señor Horacio, quien tiene 51 años, un negocio de herrería y con quien procreó 3 hijos, de 16, 14 y 8 años de edad, los que cursan 1º de preparatoria, 2º secundaria y 2º de primaria, respectivamente; el primer hijo vive con la familia, tiene 21 años y labora irregularmente en el negocio del padrastro. Desde casada la señora ha estado dedicada al hogar y a la crianza; precisa también que recién casada su esposo ingería bebidas embriagantes en exceso y la maltrataba físicamente, situación que ya no ocurre en el presente, sin embargo presenta lesiones en los huesos debido a aquel maltrato que aconteció hace muchos años como secuela del mismo, por lo tanto acude a tratamiento médico actualmente.

❖ **Familiograma**



❖ **Resumen del proceso:**

En el curso del proceso la paciente expresó su necesidad de apoyo para modificar la conducta de sus hijos, tal como una mayor obediencia, contribución en las labores del hogar, buen trato, entre otros; y con respecto a su esposo, un mayor apoyo económico y respeto por parte de él (este se conducía intolerante ó de mal modo con ella). La labor terapéutica estuvo enfocada a reconocer los recursos y habilidades de la paciente para favorecer la buena conducta de sus hijos (e.g. estableciendo límites y normas claras) y de su esposo; reconociendo las pautas y creencias subyacentes en torno de la queja y su resolución; normalizando algunas situaciones como la etapa de desarrollo en que se encontraban sus hijos; también se favoreció la alianza del subsistema parental para mejorar la conducta de los hijos. La paciente obtuvo diversos logros, como una mayor contribución de sus hijos en la realización de los quehaceres domésticos y un trato más respetuoso de parte de su esposo hacia ella. La terapia concluyó principalmente por una

lesión física de la misma (presentaba secuelas de fracturas pasadas por el maltrato físico que recibió de su esposo) que la mantenía ocupada en terapias de rehabilitación física continuas; aunque ella se sintió con más confianza en si misma para incidir en la conducta de los miembros de su familia.

### ❖ **Intervenciones**

Las técnicas que se emplearon, principalmente al inicio de la sesión fueron “*tiempo necesario*” y “*concretización*”, ello con la finalidad de esclarecer el encuadre y/o la pauta interaccional del problema planteada en sesión. Se *normalizó* la queja planteada, conforme a la crisis del ciclo vital de la familia (e.g. adolescencia de los hijos) y de crisis situacionales (e.g. la incapacidad de su brazo fracturado). Se *elogiaron* los logros alcanzados por la señora Marimar, tal como el que dejará que su esposo e hijo resolvieran sus diferencias sin que ella interviniera. Se encuadro el *indicio* en un contexto de creencias de la madre (e.g. es deber de toda madre ayudar al hijo a crecer no haciéndole lo que puede hacer por si mismo). Se aplicaron “*excepciones al problemas*” para identificar las situaciones de éxito en la señora.

Con la pareja se trabajo la formulación de un *Contrato de no violencia*, se asignaron tareas con el fin de romper pautas que mantenían la queja. Se *elogiaron* los esfuerzos del señor para asistir al proceso y por haber detenido su conducta que generaba malestar en los hijos. Se buscaron *excepciones* para favorecer el respeto y la responsabilidad en lugar del miedo y el enojo en las relaciones familiares.

### ❖ **Cambios observados**

- a) **Percepción de la paciente.-** la señora mencionó que había logrado que su esposo e hijos la apoyaran mas en sus labores domésticas; que su esposo le pidiera las cosas de buen modo y que aprendiera a esperar cuando ella estaba ocupada, así como el que ella ya tomase decisiones significativas pese al desacuerdo de su esposo.
- b) **Percepción del terapeuta.-** Con respecto al motivo de consulta la señora Marimar tuvo los siguientes avances: a) disposición para delegar la responsabilidad de deberes domésticos en los hijos, con convicción de que ellos pueden hacerlo por si mismos; b) permitió que se propiciara una comunicación directa entre en el padrastro e hijastro, al rehusarse a ser la intermediaria de los conflictos entre los dos; c) reconoció sus habilidades para safarse de la culpa que le atribuía su hijo, empleando las mismas demandas de éste para defenderse; d) se dio cuenta que hablando con su hija Dalia de una manera tranquila, haciendo peticiones directas, dando un tiempo para que su hija las realice y no haciéndole lo que le corresponde; lograba una mayor colaboración de la misma; e) identifico como librarse de una situación de malos tratos de su esposo sin dejar de cumplir con su responsabilidad de ama de casa. Es importante mencionar que la señora Marimar asistió a la mayoría de la sesiones y se presentó puntualmente, conduciéndose con disposición para conversar abiertamente de los problemas de su mayor interés, lo que considero fueron condiciones esenciales para el progreso de la terapia.

### ❖ **Pronóstico**

La dependencia económica, la carencia de preparación en la señora para desempeñar un trabajo y la incapacidad de su brazo podrían limitar su intención de dejar el hogar, sin embargo, es importante reconocer que ella tiene habilidades, las que reconoció durante el proceso de la terapia, para lograr respeto y consideración de su esposo, así también en su rol de madre, para establecer normas y límites en la conducta de sus hijos, logrando que las lleguen a cabo y favoreciendo su contribución a la casa; lo que muy posiblemente le permitirá que su permanencia en el hogar le sea llevadera y puede experimentar bienestar y tranquilidad en ciertos momentos.

### ❖ **Desempeño del terapeuta**

Se aplicaron los presupuestos y técnicas del modelo, lo que posibilitó apoyar a la señora en la resolución de las demandas que planteó. En el aprendizaje del modelo de terapia breve y de soluciones, hubo momentos en que se aplicó “más de lo mismo” como intervención terapéutica, lo que limitó la capacidad de ayuda terapéutica, que sin embargo se superó con la supervisión y con el mayor conocimiento y manejo de las premisas y técnicas de los modelos en cuestión por parte de la terapeuta.

### ❖ **Seguimiento del caso**

Se llevó a cabo un seguimiento a los dos años de concluida la terapia, la señora Marimar comentó que las cosas iban más ó menos, que su hija Dalia le ayudaba más en los quehaceres y que ya no le contestaban, que era más “tranquila” y que ella dejó de “presionarla”, aunque expresó que se sentía preocupada por ella porque había dejado la escuela y estaba trabajando. Mencionó que su hijo mayor, con quien tenía el mayor número de problemas y por quien solicitó terapia, ya se había ido de su casa, se había casado y tenía un hijo, sin embargo precisó que ahora había otros problemas con él, agregando que él tenía que vivir su propia vida y que prefería no meterse. Con respecto a su esposo afirmó que él había cambiado un poco, no especificando a que se refería, de lo que consideró que la terapia le había ayudado mucho y que le gustaría continuarla, a lo que se le comentó que podía hacerlo solo que el servicio psicológico se lo brindarían otros residentes, por lo que tendría que hacer el proceso de admisión correspondiente; la señora concluyó la charla agradeciendo la labor del equipo terapéutico.

## **1.1.3 Familia: García Robles**

### ❖ **Motivo de consulta:**

La señora Maribel planteo que solicitaba el servicio porque “grita, ó avienta cosas y las rompe, cuando sus hijos no la obedecen, lo que le hace sentir que está perdiendo el control”.

❖ **Antecedentes:**

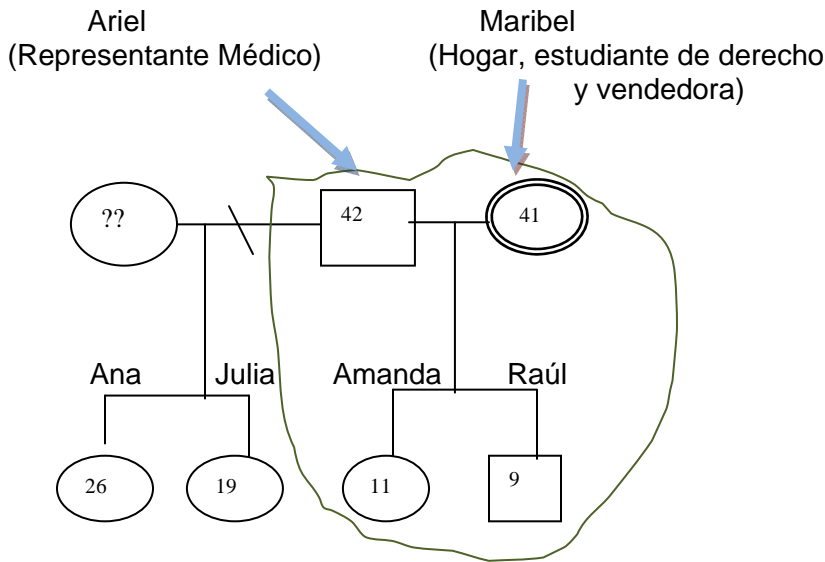
La señora Maribel tiene 41 años, estudia la carrera de derecho, obtiene ingresos de la venta de chamarras de piel y está dedicada a labores del hogar y crianza; vive en unión

libre, desde hace 11 años, con el señor Ariel, quien tiene 42 años y es representante médico de unos laboratorios; con quien procreó dos hijos, de 11 y 9 años de edad, quienes asisten a 5º y 3º de primaria, respectivamente. La señora comenta que proviene de una familia de origen con un padre con problemas de alcoholismo, quien en reciente ya falleció; refiere también un abuelo paterno, quien también ya falleció y quien fue muy importante ya que fungió como figura paterna de la familia.

❖ **Resumen del proceso:**

La señora Maribel planteó inicialmente un interés por favorecer la obediencia de sus hijos para con ella, sin que tuviera que gritarles; sin embargo, el motivo original se modificó para solicitar apoyo por conflictos de pareja, que generaban significativo malestar en ella

❖ **Familiograma**



y la habían llevado a plantearse la separación como única salida; siendo recurrentes la quejas en torno a diversas conductas de su concubino como las referidas a errores imperdonables del pasado y sospechas de infidelidades de él, entre otros. En otro momento de la terapia la paciente planteó su interés de trabajar con cuestiones relacionadas a su hijo de 12 años, quien presentaba diversos problemas de conducta escolar, quien a juicio de la misma eran debidos a la autoridad del plantel. También la paciente expuso asuntos de índole personal, como las relaciones con su familia de origen, tal como el dolor y sufrimiento, aún presente, por el alcoholismo del padre y su

percepción de pasividad de él ante la vida; así como las repercusiones que ella consideró tuvo en la vida de ella, como el que no hubiera estudiado una carrera profesional siendo más joven. El proceso estuvo encaminado a favorecer la reflexión de la paciente desde su posición de pareja, madre e hija, a través de diversos recursos terapéuticos, como el que ofrece el “equipo reflexivo”, los modelos “colaborativo” y “narrativo”, compartiendo diversas ideas, significados, experiencias, analogías, metáforas, cuentos, etc.; para ofrecer un panorama más rico y amplio, con diversas visiones y múltiples alternativas de solución los problemas que planteo en el curso de la terapia.

#### ❖ **Intervenciones**

- a) Se estableció el reencuadre terapéutico.
- b) En lo referente a la conducta de enojo se indago el contexto de la queja, e.g. hora, día, quien estaba, quien hace que, significado, que ó quien tiene la culpa, secuencia de conducta, expectativas, pasado.
- c) Se plantearon cambios en el patrón de desarrollo de la queja, como el lugar, las personas presentes. (e.g. se le pide que hablen del asunto en el parque, sin que los niños estén presentes).
- d) Se reenmarcaron varias cuestiones, como el enojo como demanda de afecto y atención.
- e) Se propuso una comunicación clara y directa, en una sesión se expuso la metáfora “adivíname mi deseo” como utopía publicitaria.
- f) Se normalizó, e.g. el cambio de expectativas conforme al ciclo vital de la familia y a crisis situacionales.
- g) Se buscaron *excepciones*, cuando la relación con su pareja y sus hijos era favorable.
- h) Se emplearon metáforas, frases y cuentos con finalidades representativas e instructivas.
- i) Se elaboró una carta narrativa en la que se resumieron los temas abordados, los dilemas planteados, se elogiaron los logros alcanzados, se reconocieron las posibilidades y los recursos invertidos durante la relación y el proceso de terapia, así como algunas de las alternativas de solución vislumbradas.
- j) Se expusieron preguntas colaborativas desde el equipo reflexivo, para favorecer la generación de múltiples ideas.

#### ❖ **Cambios observados**

- ✓ Una mayor disposición de ambos para expresarse sus emociones
- ✓ Los miembros de la pareja comienza a ver atributos favorables y cualidades del otro
- ✓ Al plantearse sus preocupaciones, el clima de sus emociones se modifico
- ✓ Hicieron cambios en la acción: salieron juntos en varias ocasiones y el esposo percibió que no era necesario tomar para divertirse
- ✓ La esposa reconoció el excelente desempeño que su esposo ha tenido como padre
- ✓ El esposo reconoció que su esposa ha sido un gran apoyo en momentos críticos

- ✓ El esposo informa que han tenido más comunicación, que pudieron hablar del problema de su hijo
- ✓ Madre e hijo identificaron las conductas que favorecen la cooperación en casa y en la escuela, así como las que mejoran el desempeño escolar y la relación con la maestra.
- ✓ La paciente reflexionó en torno a experiencias de vida dolorosas y su influencia “relativa” en su vida presente, es decir que podía ó no permitirles afectarla.

### ❖ **Pronóstico**

De momento no es posible predecir el curso que seguirá la relación de pareja, aunque al observarse una tregua en la señora, en el sentido de no demandarle insistentemente a su esposo una forma determinada de comportarse y de no recriminarle su abandono e infidelidades pasadas, y en él un aparente distanciamiento, quizá se altere la pauta habitual de la queja, que se aprecia simétrica y guiada por la revancha y el orgullo; se considera también de significativo impacto la diversa información introducida al sistema familiar por el equipo reflexivo y en el proceso de terapia, de lo que se espera se produzca un cambio favorable. En lo que se refiere a los problemas de conducta del hijo en la escuela, se percibió en la madre en la última sesión, una disposición a cambiar su postura de esto “no es un problema, es una forma que mi hijo tiene de externar su sentir” a una reevaluación de su proceder como madre, de su patrón de crianza y de su disciplina, lo que posiblemente modifique su pauta habitual en tal sentido. Por otra parte, se observó en la señora una disposición para modificar la percepción de su padre y el supuesto impacto del mismo en la vida de ella; de lo que se contempla una visión a futuro más funcional y liberadora para la señora.

### ❖ **Desempeño del terapeuta**

Se aplicaron los presupuestos y técnicas de los modelos referidos. Hubo momentos en que se obtuvieron respuestas favorables en los miembros de la pareja y en el hijo con problemas de conducta al aplicarlas; en otros momentos, se requirió más pericia, principalmente, cuando la pauta de queja habitual de la pareja se representaba en sesión y se repetía; fue un gran reto modificar la postura del señor, ya que tendía a adjudicar la responsabilidad de la crisis en su esposa ó a colocarle etiquetas desfavorables, tendiendo él a ver poco su participación en la relación de pareja; quizá hubiera sido de mayor apoyo plantear más cuestionamiento circular. Por otra parte, tal como las aparentes evidencias lo demostraron, el señor parecía serle infiel a su esposa, de lo que no parecía generarle algún malestar a él, solo el que se desprendía de las demandas de fidelidad de su esposa; en tal sentido, me parece que hubiera sido de gran ayuda, si el señor daba la apertura, trabajar más directamente en las creencias y mitos de género con el señor, para que el valorara su conducta dentro de tal óptica y del impacto que la conducta de él tiene en el estado emocional de su esposa, esto desde una postura colaborativa, de invitación.

En general, el trabajo con esta familia fue arduo y dedicado, se aplicaron múltiples recursos y habilidades desde la terapeuta, el equipo reflexivo y la supervisora; se

plantearon múltiples alternativas y propuestas; me pareció una forma de abordar el problema muy enriquecedora e innovadora.

#### ❖ **Seguimiento del caso**

Se llevó un seguimiento a los dos años de concluida la terapia, la señora comentó que en el momento actual lo que le preocupaba es que su hijo e hija ya se encontraban en la adolescencia y no sabía cómo manejarlo, aunque en la actualidad sus hijos no presentaban algún problema, solo preciso que su hijo denotaba poco interés por la escuela, debido a lo cual lo había metido al fútbol para motivarlo; en lo que se refiere a su hija enfatizó que todo iba bien; aunque la señora expresó su deseo de ingresar a terapia y de tomar algunos cursos para hacer frente a la adolescencia de sus hijos. Al hacer referencia al motivo de consulta, mencionó que las cosas con sus hijos iban bien, que ya no les “gritaba, ni aventaba cosas”, que había aprendido a cómo conducirlos. En lo que se refiere a su esposo, comentó que las cosas iban en “armonía, que él ya expresa más cosas, que los sábados jugaba con los niños, que coopera en la casa, y que ya no estaban en el estira y afloja”, que ella comprendió que él “es diferente, que no todos somos iguales, y que antes creyó que no la quería pero que ahora sabe que es porque son diferentes”, que dejó de “insistir en la fidelidad de él, que ahora sabe que es su esencia, su naturaleza”, que lo que importa es que él “esta al 100% y que no va a modificar lo que hace”, por lo que ahora que ella está por “terminar su carrera de derecho no sabe si se va a independizar de él, que no le gusta que él que asuma la actitud de que para que nos movemos si así estamos bien, aunque ahorita está funcionando la relación entre ellos”. Agrego que en estos momentos de su vida, se siente más tranquila, que “le costó trabajo entender que de su cuenta esta salir del hoyo ó hacerlo más grande e irse a él”. Concluye aseverando que considera que la terapia “fue algo rico, que sabe que estuvo muy chillona pero que le quitaron una losa de encima (refiriéndose al equipo terapéutico), que pusieron una gran semilla en ella”.

#### 1.1.4 **Familia: Gonzalez Reyes**

##### ❖ **Motivo de consulta:**

Una ama de casa solicita terapia debido a que “teme que su hijo este consumiendo drogas” y a que “sostiene una mala relación con su esposo”.

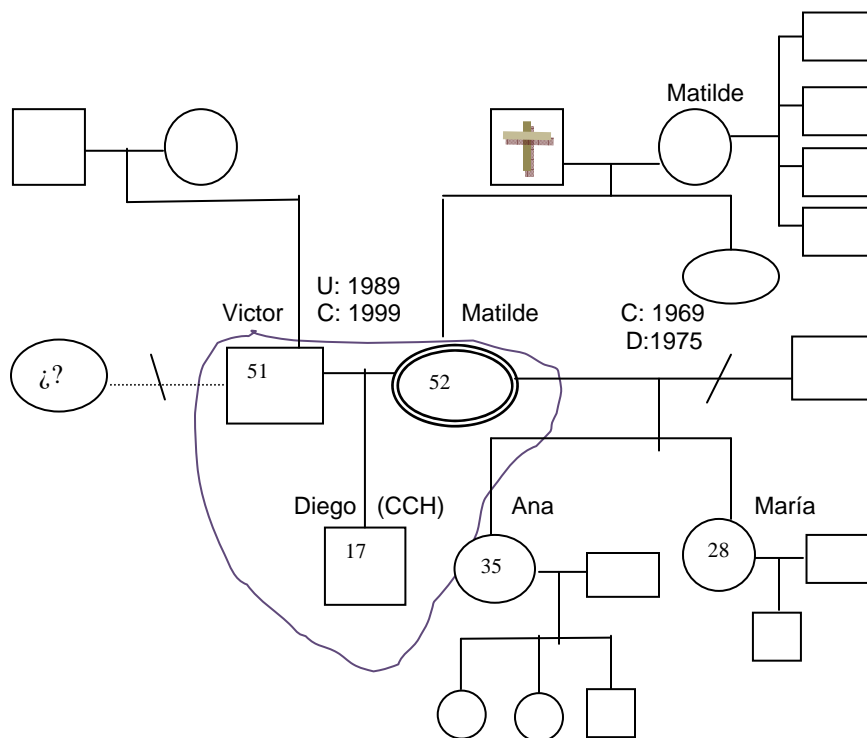
##### ❖ **Antecedentes:**

Cuando tenía 16 años de edad la señora Matilde se casó, motivada por los conflictos que tenía con su madre (“como una “forma de escape”), relación que duró 6 años y en la que procreó dos hijas, que tienen 35 y 28 años de edad, y están casadas; agrega que se separó por el maltrato físico de él. A sus 36 años se fue a vivir en unión libre con el señor Victor, quien en reciente tiene 51 años y es contador de una empresa de joyas, se casaron después de 10 años de vivir en unión libre; en esta relación procrearon a un hijo, quien tiene 17 años y estudia el nivel medio superior. Desde hace 3 meses la señora se había ido a vivir a la casa de una de sus hijas debido a que su esposo la corrió de la casa y la golpeo. En reciente regresó a vivir con su esposo e hijo.

## ❖ Resumen de la terapia

Durante el proceso la señora Matilde expresó el agobio que le producía la culpa y preocupación del consumo de drogas en su hijo (el cual no pudo ser comprobado) y sus bajas calificaciones (reprobó varias materias desde que su mamá se fue de la casa), ya que se atribuía la responsabilidad de ello porque lo “abandonó” (situación que no aconteció, ya que el marido fue quien la corrió a golpes de la casa), siendo reiterativa en “sus errores como madre”; así como resentida con su concubino, ya que refería que el mismo le había quitado su patrimonio (el dinero que obtuvo de la venta de su departamento) con engaños, además de que refería que éste la maltrataba física y emocionalmente (no llegó a ir a terapia por los golpes que él le produjo), lo cual se había

## ❖ Genograma



intensificado desde hacía 3 meses cuando ella regresó al hogar. La terapia estuvo encaminada a reconocer los recursos y habilidades de la señora ante varias situaciones, como cuando se protege de la violencia (e.g. se aleja cuando el está violento, emite las conductas que interrumpen el ciclo de violencia, pide ayuda de diversas autoridades como la policía, el juez), cuida de sí misma, cuando actúa con conciencia de su responsabilidad en la relación con su hijo y concubino y cuando contribuye a su autonomía económica. El contexto en el cual se colocó la queja de la señora para su



comprensión fue principalmente el referido a la cultura de género y el impacto que el mismo tiene en las creencias y conductas de las mujeres.

#### ❖ **Definición del problema.- Naturaleza de la disfunción**

El problema se refiere a la rigidez en el sistema de creencias de la familia (dentro del contexto sociocultural) por el cual, la señora está colocada en una posición complementaria ante el hijo y esposo; lo que reduce su derecho para que ella reciba un trato digno, respetuoso y de reconocimiento (a sus contribuciones y sus necesidades). Por la posición de ella, tiene dificultades para colocar límites a los otros (a nivel intra e interfamiliar) y asumir por ende la responsabilidad de lo que está permitiendo a los otros.

Por otra parte, se aprecian coaliciones intergeneracionales que parecen contribuir para limitar la autonomía de la paciente; como la observada entre el padre y el hijo, y entre el padre y la suegra; propiciando en la misma, por ende, la permanencia en una postura que la coloca en una situación de vulnerabilidad y de maltrato.

#### ❖ **Función de la conducta problemática en el sistema (pautas y conductas)**

La función de la conducta, e.g. que la madre se sienta culpable por haber sido “una madre que abandonó a su hijo”; es que la madre permanezca en el hogar, con lo cual mantiene unida a la familia; siendo la cuidadora de su esposo e hijos, los que creen que no pueden cuidar de sí mismos, esta última idea en atención a la información proporcionada por la señora, quien expresa que cuando ella se fue de la casa padre e hijo no pudieron desarrollar las funciones instrumentales para el mantenimiento del hogar.

#### ❖ **Hipótesis de la familia acerca de por qué ocurre el problema**

La señora considera que el problema está en la conducta del esposo, y ahora más reciente en la del hijo, de lo que parece les asigna motivos individualistas y de crueldad, tanto al padre como al hijo. De tal forma que, reduce la responsabilidad de sí misma, dentro de una pauta interaccional y de un sistema de creencias. Conforme a lo cual, ella considera que quien debe de cambiar es su esposo, su hijo ó su madre de ella.

#### ❖ **Hipótesis del impacto del problema en la estructura familiar**

Se percibe una aparente significancia y centralidad en la madre. El rol jerárquico está asignado al padre. Se aprecian problemas de límites intrasistémicos (e.g. la madre se consuela en el hijo cuando el padre está ausente, lo que le impide ponerle reglas con firmeza) y extrasistémicos (e.g. la suegra se mete en los asuntos de la pareja ya que es la informante de la conducta de la madre).

Esta situación estructural finalmente genera que padre e hijo tengan mayor libertad (e.g. el hijo no cumple con sus deberes domésticos y el padre no llegar a dormir), mientras

que la madre se encuentra encerrada en sus deberes domésticos y de crianza, vigilada por la suegra (coalición intersistémica)

### ❖ **Hipótesis del impacto del problema en el proceso de la familia**

La *evolución* del problema puede ser entendido en función del nivel de autonomía e identidad que la señora fue cediendo a lo largo de la relación con su concubino y su hijo; ya que al inicio de la relación la paciente tenía un empleo con altos ingresos y era propietaria de una vivienda, e inclusive cuando quedó embarazada de su hijo Victor, ella decidió “sacar sola a su hijo adelante”, ya que su actual esposo no quería responsabilizarse; sin embargo, cede a las demandas de su esposo, dejando su empleo para estar en casa y vender su departamento.

Este proceso de la familia, coloca también a padre e hijo, como dos personas incapaces de cuidarse a sí mismos, y que por ende quienes requieren de la figura protectora de la esposa ó madre. Tal pareciera que el sistema de creencias apunta a esta complementaridad paradójica, ya que, la madre devaluada y dependiente es el sostén y apoyo de los varones de la casa sin la cual no podrían sobrevivir; mientras que padre e hijo a quien se ubica como autónomos son incapaces de atenderse a sí mismos.

### ❖ **Neutralidad:**

Hasta este momento de la terapia se ha trabajado con un miembro de la familia (la señora Matilde), conforme a lo cual, no se tiene el contenido para desarrollar este rubro.

Por otra parte, se considera que se proporcionó el mayor apoyo a la señora pues es quien se comprometió a asistir y mostró el interés por generar cambios. Por otra parte, la posición ante el proceder del esposo se considera neutral, debido a que si bien se le intenta apoyar a ella, no se pretendió aliarnos a la misma para confirma la posición de víctima en que se ha colocado ó de emitir asignaciones negativas hacia su esposo; ya que consideramos que lo más importante es que asuma la parte de responsabilidad que le toca en sus elecciones, de que ella pueda identificar las pautas y sus creencias que propician ó que la protegen del maltrato emocional y físico; además de trabajar con el principio de que ella puede hacer algo para cambiar de posición.

### ❖ **Hipótesis:**

Las hipótesis que se han planteado a lo largo de éstas 5 sesiones se mencionan enseguida:

**Sesión 1:** Dado que la señora se siente culpable de la conducta de su hijo (reprobación escolar y supuesto consumo de drogas) es posible que ella esté actuando para “pagar sus errores”, lo que le está llevando a asumir un proceder que le es poco satisfactorio. Por otra parte dice tener una mala relación con el esposo, que pudiera estar relacionada de alguna forma con la situación de su hijo.

**Sesión 2:** La señora mostrará una gran necesidad de hablar, no pudiendo precisar el objetivo con el que quiere empezar a trabajar.

**Sesión 3:** Si la señora puede ir reconociendo el sistema de creencias y las pautas generadas podrá comprender mejor su situación

**Sesión 4:** Debido a que la señora está emprendiendo acciones para tener voz y voto en su familia, habrá acciones de la familia que se opondrán

**Sesión 5:** Si la señora explicita el sistema de creencias que mantienen la pauta de malestar relacionada a la ausencia del esposo, podrá generar alternativas que romperán la pauta

Las hipótesis alcanzaron los siguientes principios:

- a) Se conectaron las reacciones de los miembros de la familia para encontrar un significado a las conductas y actitudes de los miembros de la familia.
- b) Se Introdujo a la familia a una perspectiva sistémica de sus interrelaciones
- c) Guiaron el trabajo del terapeuta y del equipo.
- d) Se fundamentaron con base a la información obtenida de diversas fuentes, tales como: a) la ficha de admisión; b) la información proporcionada por la señora, c) la aportación teórica en los temas de género y violencia y d) los conocimientos y la experiencia terapéutica de la supervisora y le equipo.
- e) Tomó en cuenta los problemas enunciados por la familia.
- f) Se rechazaron, confirmaron y adaptaron las mismas.

#### ❖ **Circularidad**

**En lo referente al concepto de circularidad se atendieron los siguientes principios:**

- a) El terapeuta y equipo condujeron la sesión sobre la base de la retroalimentación que la familia brinda a partir de la información que recibe en la sesión.
- b) Se proporcionó nueva información a la familia, principalmente en lo referente a la clarificaron de las pautas y las creencias que mantienen la queja relacionada a la violencia familiar.
- c) Se trataron aspectos que la familia descuida o no tiene presente, como al concerniente a los efectos que tiene su conducta en las pautas que generan malestar y bienestar.
- d) Se recabó información sobre los resultados obtenidos por los intentos de la familia para controlar el problema, tanto los que obstaculizan la solución del problema, como los que le habían dado buen resultado. como por ejemplo, relató una situación actual en la que ella pudo asumir una posición de firmeza y determinación antes los riesgos de enfermedades de transmisión sexual de su esposo.
- e) Se investigaron aspectos faltantes para completar el conocimiento del ciclo completo o el patrón de las interacciones, como el papel del hijo dentro de la pauta que

mantiene la queja, de lo que se pudo esclarecer que su hijo viene a ser la fuente de desahogo y la razón de ser de la ella en el contexto de violencia de la pareja.

### ❖ **Taxonomía del Cuestionamiento Circular**

Se aplicó el cuestionamiento circular para varios fines:

- a) Para la definición del problema en sus diversas categorías (presente, pasado y futuro previsible; acuerdos-desacuerdos, atribuciones de significado). Así por ejemplo, se reconstruyó la historia de violencia en la pareja, se fueron precisando las pautas y creencias asociadas a la misma.
- b) Para precisar las secuencias de conducta (presente, pasado y futuro previsible; acuerdos-desacuerdos). Principalmente para especificar las acciones que la señora emite dentro de una pauta de interacción generadora de violencia, su cambios en el tiempo y propuestas para alterarla de manera favorable para ella.
- c) Para clasificar y hacer patentes las diferencias. Permitted precisar la variabilidad de reacciones ante los problemas planteados (e.g. quien está más involucrado, quien se distancia, quien culpabiliza, quien tiene más privilegios).

❖ Intervención: Reencuadre, connotación positiva, metáfora, paradoja, alternativas:

#### **Primera sesión**

- ✓ Se *connoto positivamente* los esfuerzos y la dedicación de la señora por apoyar a su hijo.
- ✓ Se empleó la *metáfora* (el bulto que carga en sus espaldas) para conformar su visión de que tiene muchos problemas y para intensificar la importancia de que seleccione un problema con el cual comenzar a trabajar.

#### **Segunda sesión**

- ✓ Se propuso la *alternativa* de establecer y explicitar un nuevo acuerdo de roles como punto de partida para definir la relación actual con su esposo
- ✓ Se *elogio* su claridad de ideas y orden con respecto a la sesión anterior
- ✓ Se *reencuadro* la parte positiva y negativa de la culpa, y se sugirió la preferencia por el término "corresponsabilidad".

#### **Tercera sesión**

- ✓ Se *reencuadró* su posición de víctima, al evidenciar los eventos en los que ella asume una postura de responsabilidad y autoprotección cuando ella se lo propone.
- ✓ Se evidenció y elogió la *alternativa* que ella elige para zafarse de una escala complementaria de violencia.
- ✓ Se dio intensidad para que ella asuma una parte más activa en su protección de las enfermedades de transmisión sexual. Se propuso instruirla en el uso del condón masculino.

#### **Cuarta sesión**

- ✓ Se *reencuadro* que se puede ser una buena madre sin que se tenga que tener una buena relación de pareja.
- ✓ Se *reencuadro* la fragilidad de las amenazas cuando se repiten constantemente y no son cumplidas.

#### **Quinta sesión**

- ✓ Se *reencuadro* la ausencia como falta de interés en la relación y no como venganza.
- ✓ Se *reencuadro* el abuso de los otros como falta de autocuidado y autoprotección personal.
- ✓ Se generaron *alternativas* para favorecer su bienestar personal.

#### **❖ *Desempeño del supervisor***

El desempeño del supervisor se experimentó como de apoyo y guía en momentos en que la ambigüedad y confusión llevaron a la inmovilización de la sesión, favoreciendo opciones para cursos de acción que permitieron destrabar y propiciar así la movilidad; así por ejemplo, en la primer sesión la paciente planteó un cúmulo de problemas y demandas, por lo que se sugirió depositar la responsabilidad en la misma de decidir con cual comenzar (situación que parecía obvia pero que estando en sesión no la vislumbre como tal, me sentía pérdida en medio de tanta información); también, cuando la situación apuntaba a culpabilizar a la señora y reforzar su posición de víctima, se sugirió plantear preguntas para determinar el grado de responsabilidad de los otros (e.g. del marido, del hijo, de la suegra), es decir mediante conectar y evidenciar la pautas de interacción y las creencias que sustentaban la culpa. Considero también que se proporcionó orientación respecto del cómo aplicar el modelo de Milán, principalmente en la serie de preguntas a plantear para introducir información, tal como cuestionar si la autoprotección es abandonó ó si la violencia generada por su esposo es culpa del agredido; en este sentido, también me pareció muy importante este primer acercamiento a la exploración de las creencias familiares y su desestabilización mediante el cuestionamiento circular. También me fue de apreciable apoyo (en un contexto de respeto y tolerancia), la información ofrecida de temas diversos como los relacionados a la cuestión de género, violencia, ciclo vital, infidelidad, identidad, entre otros.

#### **❖ *Desempeño del equipo***

El equipo fue una fuente de respaldo y reflexión muy valiosa, ya que aportaron ideas interesantes e ingeniosas para tratar asuntos críticos; así por ejemplo, evidenciaron la estrecha unión entre madre e hijo en un contexto de conflictos de pareja, dieron énfasis al lenguaje de la señora quien se refería, y trataba, a su hijo de 17 años como un niño. También identificaron recursos (e.g. que ella haya logrado acercarse a sus hijas y lograr en reciente una buena relación), así como de obstáculos (e.g. ella solía asignar el curso de los hechos a los otros y difícilmente a sí misma; ó bien, asumía la total responsabilidad de los eventos). Las visiones del equipo posibilitaron ver aristas del problema que estaban ensombrecidas.

### ❖ **Desempeño del terapeuta**

El desempeño personal en terapia fue bueno, en el sentido de que se aplicó el cuestionamiento circular y las técnicas de Milán; sin embargo, el modelo es complejo y requiere un entrenamiento teórico y práctico constante; debido a lo cual por momentos se experimentó confusión por no saber cómo proceder. Así entonces el modelo es muy bondadoso en sus aportaciones pero también muy celoso en lo que a preparación se requiere, para al menos tener un mínimo de desempeño óptimo. En el trabajo con la señora Matilde me pareció un modelo acertado, ya que se estaban atendiendo las demandas más apremiantes de ella, de lo que aún pienso todavía hay un buen camino por recorrer en este caso. También se experimentó esta experiencia del modelo como muy provechosa, lo que me hizo cultivar el interés y compromiso por el caso (instigado sin lugar a dudas por la multivisión proporcionada en supervisión y el equipo), un mayor interés por aprender e investigar desde éste modelo, que hace énfasis en lo temporal y contextual.

### ❖ **Seguimiento**

Se realizó un seguimiento a los seis meses de terminada la terapia, la señora comentó que ya vivía sola, que se había separado de su esposo, que seguía en contacto diario con su hijo, proporcionándole cuidado a través de prepararle su comida y lavándole su ropa; agregó que se encontraba trabajando y que está interesada en seguir con la terapia, por lo que pidió que se le apoyara en tal sentido, de lo que le recomendaron grupos de autoayuda de mujeres que han vivido violencia, como el de Inmujeres y Apis; a lo que ella aceptó. Se intentó llevar un seguimiento a los dos años, solo que el número telefónico que se tenía de la señora se reportó como no existente, además de que ya no se localizó en el domicilio que refirió en la ficha de admisión, motivo por el que no fue posible obtener información.

## **1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias: La evolución e impacto de la cultura de género en la terapia familiar**

En el trabajo clínico con familias a lo largo de la residencia en terapia familiar sistémica, se encontró que el motivo de consulta inicial más frecuente fue el relacionado a los problemas de pareja, con un 38% de los casos, le siguió el referido a problemas de conducta de los hijos, con un 27 % y un 10 % por asuntos referidos a violencia familiar (véase tabla 1).

**Tabla 1. Motivos de consulta atendidos y sus porcentajes**

Problemas con la (%):				
Comunicación	Conducta de los hijos	Pareja	Violencia	Otros
8	27	38	10	17

También es importante aclarar, que la mayoría de las familias no presentaron un único motivo de consulta, sino que plantearon dos ó más a la vez a lo largo del proceso de terapéutico, los que no están incluidos en la estadística anterior; lo que incrementaría los porcentajes. Así por ejemplo, se percibió que cuando mencionaban un problema de pareja, se seguían con demandas de apoyo para la resolución de conflictos en la relación con los hijos, y en otros casos, expresaban además su interés de trabajar asuntos de índole personal que les generaban “depresión” ó “ansiedad”.

En lo que respecta al motivo de consulta más frecuente, esto es, apoyo para la resolución de conflictivos referidos a asuntos de pareja, se considera que dicha demanda es entendible, si se contempla que la participación de la mujer en las últimas décadas ha cambiando sustancialmente, así se aprecia que la mujer está teniendo una mayor participación en diferentes esferas de la vida, no solo la doméstica, y un proyecto de vida propio, también ha ido incrementado a largo de las décadas su acceso al trabajo remunerado, a la preparación académica (INEGI, 2006); cuestiona cada vez con mayor fuerza la igualdad de sus derechos con respecto a los derechos de los hombres y experimenta una menor presión social en los referido a la separación ó divorcio; así también, las estadísticas muestra que la mujer puede estar sobrecargada en roles, lo que puede generar mayor estrés y por ende una menor tolerancia a situaciones que le generan inconformidad (INEGI, 2005).

Por otra parte, se observó en la práctica clínica que las parejas plantean problemas de diversa índole que, sin embargo, encierran varios aspectos en común, tal como la disparidad en la forma de interpretar la realidad de las partes y en una aparente falta de interés, habilidad ó conciencia de la importancia de negociar y resolver dichas disparidades; de tal manera que la visión planteada por cada miembro de la pareja es concebida como notoriamente obvia y por ende no tiene que ser comunicada al otro, quien se supone debiera captarla y asimilarla prontamente; esta postura concuerda idóneamente con el supuesto 1 del “árbol de la queja” del modelo de soluciones, que plantea “las quejas involucran conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente: “A” parece ser la opción correcta, la lógica, la mejor ó la única, todo lo demás se excluye” (Steve de Shazer, 1991).

También se entendió que la *visión* que los miembros de la pareja mantienen tiene que ver con varios factores, algunas de ellos:

- ❖ Patrones y creencias de la familia de origen; dentro de la que se incluyen demandas infantiles no resueltas y roles inapropiados.
- ❖ Creencias y mitos de género.
- ❖ Historia, expectativas, cuentas pendientes, demandas de atención en la pareja.

El trabajo clínico estuvo encaminado en varios sentidos:

- ❖ Proponer formas alternativas de puntuar una situación a través de equipo reflexivo con la finalidad de disolver problemas.
- ❖ Favorecer el reconocimiento de las excepciones en los logros relacionados a la comunicación y negociación.
- ❖ Sugerir otras tácticas para el aumentar repertorio de alternativas para la comunicación y negociación.
- ❖ Proponer conductas novedosas ó nuevos elementos para romper el círculo vicioso.

- ❖ Reencuadrar vivencias críticas de la pareja para hacerlas más comprensibles y/o aceptables.
- ❖ Propiciar la reflexión en lo referente a expectativas utópicas y a cuentas pendientes en la pareja.
- ❖ Normalizar crisis esperadas a nivel familiar y personal.
- ❖ Evidenciar y resignificar demandas y roles infantiles no funcionales en el presente
- ❖ Reconocer acontecimientos extraordinarios relacionados al autocuidado y a la responsabilidad personal.
- ❖ Plantear un proyecto de vida propio, principalmente en la mujer.

Un segundo motivo de consulta que refirieron las familias fueron los problemas de conducta en los hijos (tal como se observa en la tabla 1), ya fueran niños, adolescentes ó jóvenes; una dificultad frecuente que se reportó fue la relacionada al establecimiento de límites y normas de conducta, la demanda fue principalmente de la madre, lo que es lógico si consideramos que un 87.8% de las mujeres con hogar son las responsable de la realización de las labores domésticas y de la crianza y cuidado de los hijos (INEGI, 2005). Así también conforme a un estudio realizado por Lara, Navarro y Navarrete (2004) en un grupo de 254 mujeres con depresión encontraron una correlación positiva significativa entre depresión y dificultades para educar a los hijos, como primer factor asociado, entre otros sucesos vitales; lo que sugiere que este tema es de fundamental importancia para las mujeres en su rol de madres, al igual, también se reportó una correlación negativa significativa entre el mismo padecimiento y las redes de apoyo, también se informó que la pareja no es concebida como una fuente de apoyo en estas mujeres e inclusive puede ser fuente de malestar.

Otras dificultades que se plantearon en la relación con los hijos fueron:

- ❖ Falta de consistencia ó diferencias entre los padres ó entre la madre y un miembro de la familia de origen (e.g. abuela) en lo referente a las normas y límites para con los hijos.
- ❖ Carencia de argumentos ó de explicaciones “válidas” para el ejercicio de una disciplina con los hijos, principalmente en las mamás.
- ❖ Confusión en los criterios para encontrar un punto de equilibrio entre “ser permisible” y “ser estricto”.
- ❖ Exclusión y falta de participación paterna en la crianza.
- ❖ Maltrato infantil.
- ❖ Problemas con la conducta del hijo adolescente.
- ❖ Obstáculos para favorecer la independencia del hijo adulto.
- ❖ Triangulación del hijo en el impasse de la pareja.
- ❖ Manejo del hijo con necesidades de educación especial.

También se observó que fueron más frecuentes los problemas relacionados al control de la conducta de los hijos varones, y mayor aún cuando se encontraban en la adolescencia. Conforme a los estudios, esto habría de esperarse debido a que la cultura de género promueve un mayor ejercicio de la libertad y osadía en los varones, quienes se ven respaldados por su grupo de pares; los que a su vez los expone a mayores situaciones de riesgo, como su participación en riñas callejeras, accidentes ó consumo de drogas; al igual, estos estudios reportan la importancia de que los adolescentes cuenten con un ambiente familiar que les provea de apoyo, afecto y comunicación para



favorecer mejores actitudes y comportamientos en los mismos a pesar del impacto del género (Nuño y Flores, 2004; De la Peña Olvera, 2003; González, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002).

Así también, el incremento que ha habido de los hogares dirigidos por las mujeres, en el 2006 ya sumaban 4.7 millones hogares de este tipo, requerirá un mayor apoyo y reorganización familiar, social e institucional para estas mujeres que se encuentran criando a hijos sin una pareja y que, la mayoría de la veces, son el único sostén económico de la familia, debido a lo cual tienen que delegar parte sus funciones de crianza a otros (INEGI, 2006); lo que conlleva a que se generen otro tipo de problemas en la estructura familiar, como la pérdida de límites intergeneracionales, la confusión de roles, etc.

La labor clínica en este segundo motivo de consulta estuvo encaminada a:

- ❖ Reconocer y elogiar los recursos y habilidades de los padres en sus logros asociados a su labor de crianza.
- ❖ Normalizar eventos relacionados a crisis familiar ó situacional.
- ❖ Fortalecer la alianza de los padres para la crianza.
- ❖ Favorecer los límites intergeneracionales.
- ❖ Propiciar una comunicación clara y directa entre padres e hijos.
- ❖ Proponer las negociaciones y resolución de conflictos.
- ❖ Delimitar los problemas de la pareja en esta, es decir sin la intermediación del hijo.

Un tercer motivo de consulta que tuvo una demanda del 10% fue el relacionado a la violencia familiar, aunque inicialmente no fue planteado como tal, sino como problemas en la relación con los hijos, a lo largo del proceso la solicitante, que en la mayoría de los casos fue mujer, refirió conductas de su pareja que pueden ser categorizadas como maltrato emocional y físico, además de que tales conductas eran reportadas como fuente de malestar significativo y/o estaban limitando algunas áreas de la vida de la persona (e.g. en lo social, laboral, físico).

Es importante mencionar que el tema de violencia se trabajó preferentemente como inequidad de género, ya que ello daba un mayor margen para reflexionar y cuestionar las ideas, creencias, mitos, estereotipos, roles y funciones que se derivan de dicha cultura; sin colocar a las partes en las categorías de “víctima” y “agresor”, etiquetas que pudieran restringir el cambio.

En los 4 casos que atendí encontré como tema recurrente las limitaciones impuestas por las creencias y mitos de género, que se manifestaron en maltrato emocional en los 4 casos, además maltrato físico en 2 de los casos (véase tabla 2). La principal forma de maltrato emocional consistió en dejar de hablar, gritos, malos modos, descalificar e infidelidad. Estos datos no son representativos de la población, sin embargo, coinciden en algún sentido con las estadísticas proporcionadas por INEGI (2006), quien reporta que 1 de cada 3 hogares sufre de violencia, que en el 61.7% de los estos casos el agresor es el cónyuge; siendo el maltrato psicoemocional el tipo de maltrato más frecuente, con una porcentaje del 43.6%, que las expresiones más frecuentes de maltrato emocional son los gritos, con 86% de frecuencia y los enojos mayores, con un

41%. De ocurrencia, seguido del maltrato psicofísico con 36.5%. Estos tipos de violencia que pueden sufrir las mujeres en varias o en todas sus manifestaciones lesionan en todos los casos su identidad, autoestima y autodeterminación como seres humanos (INEGI, 2005)

**Tabla 2. Agente y tipo de maltrato recibido**

<b>AGENTE Y TIPOS DE MALTRATO</b>				
<b>Solicitante</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Parentesco con el maltratador</b>	Novio	Esposo	Esposo	Esposo
<b>Tipo de Maltrato:</b>				
<b>a) Físico</b>	Si	Si (durante los primeros 13 años de la relación)	No	Si
<b>b) Emocional:</b>				
<b>Gritar</b>	Si	Si		Si
<b>Malos modos</b>	Si	Si		Si
<b>Dejar de hablar</b>	Si	Si	Si	Si
<b>Insultos</b>	Si			Si
<b>Descalificaciones</b>	Si		Si	Si
<b>Impedir contactos sociales</b>	Si			Si
<b>Negar dinero</b>	—	Si		Si
<b>Infidelidad</b>	Si		Si	Si

Otras instancias que apoyan a mujeres que sufren violencia, como el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI); la Secretaria de Educación, Salud y desarrollo Social del D.D.F., informa que de los 1200 casos de violencia intrafamiliar que se reciben mensualmente, el 86% corresponde a mujeres y 14% a hombres; así también de la línea mujer del Locatel, se reportó que de cada 100 llamadas relacionadas a situaciones violencia, 59 solicitaron apoyo psicológico y/o legal por maltrato familiar (INEGI, INMUJERES, FNUAP, OPS/OMS, PNUD, UNICEF, UNIFEM, 2000-2002). Por ende el tema de la violencia familiar representa un problema importante en nuestro país, principalmente para las mujeres.

También encontré que de los 4 casos atendidos, las mujeres tenían diversas escolaridades (véase tabla 3), 3 de ellas estaban dedicadas al hogar, tenían hijos y dependían económicamente de la pareja, ya que no tenían un empleo remunerado; mientras que la 4, dependía económicamente de sus padres, no tenía hijos, no tenía una ocupación y presentaba el nivel más alto de estudios (postgrado), además este último caso fue quien tuvo un pronóstico más favorable, ya que al finalizar la terapia la mujer

había decidido terminar la relación de violencia y se trazó un proyecto de vida propio. Estos datos permiten hacer la suposición de que las mujeres permanecen más en una situación de violencia cuando:

- a) No tienen un empleo remunerado y por ende dependen económicamente de la pareja.
- b) Tienen hijos y está sumamente comprometidas en su crianza.
- c) Tienen más edad, quizá debido a su mayor “adaptación” a la situación de violencia y a las menores probabilidades de encontrar empleo por la falta de instrucción y experiencia laboral.
- d) Tienen menor nivel de estudios, ya que disminuye la probabilidad de que cuestionen la situación de violencia.
- e) Presentan menor apoyo de la familia de origen; ya que si se sienten respaldadas es más probable que abandonen una situación de violencia.

**Tabla 3. Datos Sociodemográficos de los 4 casos clínicos**

Caso	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	No. de hijos	Status Socio-económico	Depende económicamente/ De quien
1	F	28	Postgrado	Sin ocupación	0	Medio	Si: papá
2	F	44	2º de Primaria	Hogar	4	Bajo	Si: esposo
3	F	41	Licenciatura	Hogar y estudiante	2	Medio	Si: esposo
4	F	52	Secundaria	Hogar	1	Medio	Si: esposo

Otro dato importante es que la violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades; aunque la violencia intrafamiliar se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 18 y 39 años de edad, en el 71.3% de los casos, las mujeres con niveles de escolaridad bajos presentaron porcentajes ligeramente más elevados que los de otros grupos de edad y en niveles socioeconómicos bajos, en el 76.3% de los casos (INEGI, 2006) ; lo que hace suponer que tales condiciones actúan como facilitadores u obstáculos en el fenómeno referido.

La labor terapéutica estuvo encaminada a favorecer la reflexión en torno a la cultura de género pretendió favorecer el entendimiento, sin culpabilizar, de las posiciones asumidas por las mujeres por intermediación de los discursos dominantes con relación al género, se cuestionó su carácter de verdades válidas, así como de las implicaciones en la vida de las personas, promoviendo la responsabilidad y la participación para el cambio.

Se aplicó el modelo de soluciones, que si bien es cierto no está diseñado especialmente para abordar asuntos de género, posibilita identificar las excepciones por las que la mujer se protege del abuso y es capaz de defender sus derechos sin riesgos; otro modelo que fue de valiosa ayuda para tal finalidad fue el modelo narrativo, ya que permitió que la mujer construyera una nueva historia en la que ella pudiera colocarse en una situación de mayor autonomía e iniciativa personal, y pudiera resignificar la culpa, vergüenza y la sensación de merecer el maltrato; externalizando las creencias y mitos de género y ubicando acontecimientos extraordinarios en que tales creencias no controlaron su vida; también se emplearon algunos recursos propuestos para abordar específicamente este problema, como es la “gráfica de migración” (White, 2002) para entender los sentimientos ambivalentes cuando se decide terminar una relación abusiva, lo que sucedió en uno de los casos, ya que la mujer decidió terminar una relación de violencia. También se establecieron las bases para que las mujeres se trazaran un proyecto de vida propio.

De los casos que atendí, 3 de ellos llegaron a término, los avances me parece se dieron más en el plano de la comprensión y protección, ya que algunas de ellas pudieron aclarar la posición que mantenían en una relación de abuso, y aunque solo una de ellas finalizó una relación de este tipo, las otras dos generaron alternativas para protegerse lo más posible cuando se podía desencadenar una situación de tal tipo, e.g. retirarse del lugar, no confrontar a la pareja, hacer planteamientos claros con tranquilidad, dejar que ocurrieran las consecuencias (e.g. si no da poco dinero solo se cocinan frijoles) y pedir ayuda en caso necesario. En uno de los casos, no se finalizó por la terminación de la residencia, sin embargo se recomendaron otras instancias en donde la persona podía acudir para recibir apoyo psicológico; en un seguimiento la mujer informó que ya rentaba un cuarto sola y que trabajaba.

El apoyo terapéutico brindado pudiera complementarse más con el apoyo de grupos de autoayuda en los que las mujeres puedan compartir y reflexionar en torno a sus experiencias de inequidad de género.

Por otra parte, me parece importante idear estrategias más apropiadas para favorecer la alianza y el trabajo con hombres abusivos, ya que tienen sus propias reglas y, en la mayoría de los casos, su proceder no significa un problema para ellos, ya que es indiscutible que desde su postura de género viven privilegios relacionados con la libertad y el control económico y de los otros, aunque White (2002) propone que se concientice partiendo del daño generado a los otros con su proceder, y que posteriormente se reflexione en torno a las estrategias de abuso del poder que las cultura propicia.

Así es necesario adquirir el conocimiento y las habilidades para trabajar terapéuticamente con asuntos relacionados a la cultura de género, espacio donde se pueda reflexionar y cuestionar las ideas, creencias, mitos, estereotipos, roles y funciones en este sentido. Considero que la cultura de género impacta significativamente la dinámica de la familia, y es fuente de múltiples malestares, principalmente en las mujeres y los hijos; es por ello que requiere la participación de todas las esferas de la sociedad.

En el trabajo clínico con familias, se aplicaron varios modelos de intervención familiar sistémica y posmoderna (ver tabla 4), el modelo de soluciones fue el más

frecuentemente aplicado, en el 30% de los casos, lo que se debió a la organización propia del programa de estudios en los referente a la práctica clínica. El segundo modelo más frecuentemente utilizado fue el integrativo, elección que dependió más de la forma de trabajo de los residentes, especialmente me pareció de gran utilidad cuando los recursos de un modelo no permitían satisfacer la demanda inmediata del solicitante. Aunque habría que hacer un balance para precisar si la aplicación del modelo integrativo, aumenta los beneficios de emplear un solo modelo a la vez, lo que requeriría un estudio más preciso en tal sentido.

**Tabla 4. Modelos de Intervención y sus porcentajes**

Modelo Terapéutico					
Estructural	Terapia breve	Orientado en Soluciones (%)	Milán I y II	Narrativo	Integrativo
11	13	30	13	15	18

Finalmente, me pareció que en los casos clínicos en los que se consideró un solo modelo, los supervisores tuvieron la habilidad para dirigir a los estudiantes respetando las premisas del modelo, respondiendo a las demandas de los usuarios y favoreciendo la expresión del estilo personal, creatividad e innovación de los estudiantes terapeutas; e inclusive el aquí y ahora, pudo también ser el allá y antes, principalmente cuando una experiencia de vida pasada pareciera estar teniendo un impacto importante en el presente.

### **1.3 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos**

La institución sede es el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la UNAM, instancia que fue de fundamental importancia para el trabajo clínico de los residentes en terapia familiar, debido a que tiene una organización que provee de las condiciones apropiadas para dicha labor, ya que dispone del personal, espacios, mobiliario, instrumentos y aparatos, así como de los mecanismos para detectar las demandas de servicio de los usuarios, quienes son canalizados en consecuencia a especialidades que mejor responde a dichas demandas; lo que facilitan el trabajo clínico de los residentes.

En la labor realizada en este sistema institucional se ubican otros sistemas, denominados terapéuticos, los que trabajan conjuntamente enfocados a objetivos en común, regidos por reglas determinadas y altamente flexibles (en el sentido de que los roles y funciones se intercambian), los que a su vez entran en acción en diferentes ó similares tiempos, espacios y circunstancias. Los sistemas terapéuticos son divididos en díadas para facilitar su análisis, estos son:

1. Sistema supervisor-equipo terapéutico (este último constituido por los residentes en terapia familiar sistémica).
2. Sistema terapeuta-supervisor.
3. Sistema equipo terapéutico-terapeuta.
4. Sistema terapeuta-familia.
5. Sistema familia-equipo terapéutico.

Un primer sistema que se formó fue el integrado por el supervisor y equipo de residentes, el que tenía como objetivo proveer de guía y retroalimentación a los residentes en la labor clínica mediante el apoyo de un experto en modelos de intervención familiar sistémica, en este caso el experto es el supervisor.

El tipo de supervisión más frecuentemente utilizada fue la directa (ver tabla 5), esta se proporcionó en el 73% de los casos; la que considero tuvo una importante contribución formativa de los residentes, a nivel teórico y práctico, ya que suministró el modelado en vivo por parte del experto del proceso de selección de los elementos de información a considerar, el tipo de análisis a realizar y la intervención más conveniente al momento, así también fue fuente de apoyo y guía en los momentos de crisis de la familia, situación en la que se tenía que intervenir con cautela y prontitud sin perder la capacidad de maniobra, así como de los criterios para la toma de decisión y resolución de la demanda expuesta por la familia al momento; lo que indudablemente cumplió una valiosa función formativa.

**Tabla 5. Tipos de supervisión y sus porcentajes**

TIPOS DE SUPERVISIÓN		
Narrada	(%)	Directa
73		27

El otro tipo de supervisión proporcionada fue la narrada, la que se dio en el 27% de los casos; similarmente cumplió una función formativa en los residentes, aunque considero que no en la medida de la supervisión directa; sin embargo, me parece que su contribución se dio más en otros sentidos, como el de colocar la capacidad selectiva y toma de decisión en los estudiantes terapeutas, lo que de alguna manera fomentó la confianza, la autonomía y la iniciativa de los mismos, a su vez, el beneficio también se vio respaldado por su momento aplicación, ya que se utilizó cuando los residentes tenían un mayor conocimiento de los modelos de intervención y un número considerable de horas de supervisión directa, lo que permitía una intervención más fundamentada.

Este primer sistema supervisor-equipo terapéutico me parece atravesó por diversas etapas, las que se caracterizaron por un avance paulatino de una menor a una mayor familiarización del supervisor y alumno con diversos factores que favorecieron la comunicación, comprensión y la labor terapéutica; en el caso de los integrantes del equipo, algunos de estos factores que intervinieron fueron su estilo personal, nivel de

manejo del modelo de intervención, experiencia terapéutica y de vida; y en el caso del supervisor: las habilidades instruccionales, experiencia clínica, preferencias teóricas y técnicas, dominio del modelo de intervención del supervisor y grado de compromiso del mismo.

Algunos supervisores denotaron más tolerancia con el equipo terapéutico, invertían el tiempo suficiente para indagar las premisas subyacentes en las elecciones de los miembros del equipo, planteaban propuestas de intervención interesantes y animaban a los residentes a hacer lo propio, se esforzaban por entender y aceptar nuestra perspectiva actual, la que podían confirmar, cuestionar reflexivamente ó confrontar tácticamente. Una experiencia de supervisión que me pareció sumamente valiosa e impactante, fue el desafío de exponer y explicar ante nosotros mismos y al equipo terapéutico, nuestro genograma familiar; lo que nos dio la oportunidad de mirar el panorama en su amplitud: nuestra familia a lo largo de varias generaciones; permitiéndonos reconocer algunos patrones y creencias familiares, algunos de los cuales limitantes y dolorosos; dándonos una comprensión y sentido de nuestras motivaciones y propósitos de estar en la residencia en terapia familiar; lo que abrió la conciencia para buscar espacios terapéuticos para trabajar nuestros propios dilemas familiares.

La experiencia del sistema supervisor-equipo terapéutico tuvo sus momentos satisfactorios y otros de malestar y confusión, esto implicó un reto y una oportunidad para fortalecer nuestra propia flexibilidad y capacidad de negociación, así como para consolidar la alianza del equipo. El aprendizaje surgido de este sistema fue esencial en nuestra formación profesional y personal.

En lo que se refiere al sistema supervisor-terapeuta, se desarrolló en dos sentidos, uno general y otro específico; este primero dependió del estilo particular del supervisor, en los cuales se observó que cada cual mantenían una postura relativamente estable en el proceso de supervisión, así tuvimos la experiencia de supervisores más directivos y confrontativos; mientras que otros se condujeron más al estilo colaborativo y reflexivo; y en cuanto a lo específico había adecuación del supervisor al estilo peculiar de cada terapeuta, así hubo casos en los que un supervisor más colaborativo podía asumir una postura más directiva cuando el terapeuta-alumno hacía planteamientos a la familia que generaban abierto malestar y quejas en esta ó que parecían carecer de dirección ó propósito; es decir situaciones que amenazan producir una ruptura en la alianza terapéutica; lo que en si representó la amplia flexibilidad de los supervisores. Por otra parte, este sistema fue de fundamental importancia para el terapeuta en lo particular, ya que a través de él se evidenciaban las fortalezas y limitaciones de cada terapeuta, que fue punto de partida para reconocer las habilidades e ir corrigiendo los errores.

En el sistema equipo-terapeuta fue donde se generó un mayor grado de vinculación y confianza entre sus miembros, ya que este sistema contó con más tiempo y se le dedicó más esfuerzo para la discusión y reflexión terapéuticas, en comparación con los otros sistemas; además de que las condiciones propiciadas por la similitud jerárquica de sus integrantes generó menos preocupación por cuidar el estilo ante un experto; constituyéndose en una fuente relativamente segura de apoyo y guía del terapeuta aún ante la ausencia del supervisor. Estas condiciones generaron más oportunidades para

exponer y considerar más ideas, experiencias, dudas, inquietudes y sugerencias del equipo al terapeuta. Uno de los retos de este sistema fue el de aprender a valorar y respetar las aportaciones de los miembros del equipo, aún cuando en algunos casos se consideraran sus intervenciones fuera de lugar, ó que despertaran sorpresa por su genialidad; sin embargo, es importante mencionar que la mayoría de las intervenciones del equipo fueron acertadas, ingeniosas, enriquecedoras; dando las posibilidades de ver un situación desde múltiples visiones, lo que indudablemente abrió el entendimiento ampliamente.

El desafío planteado por el sistema terapeuta-familia fue particularmente interesante, ya que el terapeuta requería adecuarse a la pauta, lenguaje, estilo, características, humor, cambios en el tiempo, etc. de la familia, lo que requería mantener una conexión estrecha tanto digital como analógica, así como continua retroalimentación, con la familia; esto requería estar con la familia en un 100% e ir depurando nuestro proceso de selección y criterios para saber qué información considerar y que hacer en correspondencia. Nuestros primeros encuentros con la familia, en los que aún no conocíamos ó no manejábamos apropiadamente un modelo de intervención sistémico, fueron basados en nuestra experiencia con familias anteriores y empleando enfoques teóricos no sistémicos; es indiscutible que el apoyo del supervisor fue crucial en estos momentos, principalmente por el compromiso ético de responder a la solicitud de la familia de la manera más eficiente. A medida que el terapeuta adquirió más conocimientos y habilidades, el sistema terapeuta-familia logro más fluidez y claridad en las solicitudes planteadas, así como en una mayor adecuación de las intervenciones a las demandas de las familias.

El sistema familia-equipo terapéutico se dio precisamente en lo que se denominó “equipo reflexivo” y es la experiencia más enriquecedora y gratificante que pueda tener una familia, un terapeuta y el equipo. En este tipo de sistema la familia tiene la oportunidad de asumir el rol de espectador y recoger aquellas ideas, comentarios, sugerencias, etc., del equipo que mejor sintonicen ó impacten su propio mapa del mundo. Esta interacción se da también, aunque indirectamente, a través del otro lado del espejo unidireccional, en el que el equipo brinda información a la familia por intermediación del terapeuta; aunque como los creadores del modelo de “equipo reflexivo” lo mencionan, en este proceso de retransmisión se pierde ó es tergiversada información importante, de ahí que plantearan una exposición directa de ideas frente a la familia. Las aportaciones brindadas por este sistema posibilitan generar una multivisión de soluciones alternativas a una situación problemática. Aunque, como en los demás sistemas, tiene sus propias reglas para propiciar una atmósfera de aprendizaje, comprensión y respeto; es decir, no podía exponerse permisiblemente la información a la familia.

Por otra parte, el asumir diversos roles y funciones en los diferentes sistemas brinda la oportunidad para desarrollar la habilidad para adaptarse a las diversas posiciones que plantean uno y otro sistema, así como el de visualizar un panorama y una capacidad de maniobrabilidad que pueden ser más útiles en tales posiciones.

La incorporación de horas de práctica supervisada a nivel clínico con la guía de un supervisor y equipo de residentes, es fundamental para la formación de profesionistas competentes; esta innovación pedagógica a los programas de estudios, como es el caso



de la residencia en terapia familiar sistémica, constituye una idea genial para construir un puente sólido entre los conocimientos teóricos y la práctica real; favoreciendo una intervención concreta, sistemática, fundamentada, actualizada y retroalimentativa con las familias. El contemplar una formación en este tipo de disciplinas humanas sin la inclusión de una formación clínica altamente programada, conllevaría una deficiencia evidente de los egresados. Es por ello, que considero que la práctica clínica en la formación profesional, nos proveyó de las habilidades y las herramientas más avanzadas para proporcionar un servicio de calidad e innovador a las familias.

Finalmente, en la situación actual del país, en la que dominan ciertos paradigmas psicológicos (e.g. conductual y cognitivo) y se destinan limitados recursos para la prestación de servicios psicológicos a la población de bajos recursos; representa un reto para los egresados de estas maestrías innovadoras abrir brechas y negociar los beneficios sociales adquiridos al invertir en estos programas terapéuticos con enfoques sistémicos. Así, en estos momentos plantear una terapia familiar sistémica en instituciones públicas altamente formalizadas, requerirá una labor ardua y de convencimiento. Por otra parte, las oportunidades clínicas que se tuvieron en la residencia en terapia familiar sistémica, como la formación de equipos reflexivos, constituye de momento una experiencia que solo se proporcionan en este tipo de instituciones académicas, que son élite de la vanguardia académica.

## **2. Habilidades de Investigación**

El programa en terapia familiar sistémica incluye objetivos destinados a proveer a los residentes de herramientas teórico-metodológicas para la realización de investigación cualitativa y cuantitativa de familias. Lo que brinda interesantes oportunidades para la producción de conocimiento fundamentado y sistemático, que contribuyan al desarrollo de la terapia familiar.

A continuación se presentan los resúmenes de dos investigaciones realizadas en el curso de la residencia, una cuantitativa, que es un estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) aplicado a estudiante de preparatoria y de psicología; y otra cualitativa, enfocada al estudio de antecedentes familiares y patrones de interacción de padres y madres denunciados por maltrato infantil.

### **2.1 Reporte de investigación Cuantitativa**

Se realizó una investigación cuantitativa con la finalidad de realizar una validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) de Olson, Portner y Berll (1978, citado por Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001), con base a la Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) de Anderson y Sabatelli (1992) y a la Escala de Depresión (CES-D) Radloff (1977; citador por Saddler). A continuación se describen el estudio correspondiente.

#### **2.1.1. Descripción de las Escalas**

a) Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF)

La Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) es un instrumento que evalúa el nivel de funcionamiento familiar (Olson et al., 1978; citado por Musitu et al., 2001), consta de 13 reactivos, los que son contestados conforme a una escala Likert de 5 opciones y está integrado por dos dimensiones:

1. Flexibilidad: se relaciona con la capacidad que tiene el sistema familiar para cambiar los roles, las reglas y la estructura de poder en respuesta al estrés situacional y al propio desarrollo.
2. Vinculación emocional: se define como la cohesión que los miembros de la familia mantienen entre sí.

Los resultados obtenidos de la adaptación del cuestionario en la Universidad de Valencia, España; fue llevada a cabo en una muestra de 1225 adolescentes españoles, en donde los autores constataron que en la medida en que las familias están más vinculadas también son más flexibles, y por lo tanto más funcionales. Así mismo se obtuvo una correlación moderada entre las escalas de flexibilidad y vinculación. También esta prueba presenta una adaptación mexicana (Alvarez y Ruiz, 2003), en una muestra de 120 estudiantes mexicanos (20 hombres y 100 mujeres), en un rango de edad entre 19 -23 años, procedentes de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

La confiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .9084. El alpha para la subescala de vinculación afectiva es de .8839 y para flexibilidad de roles .7311.

La validez de la escala discrimina entre sexos en el sentido de que los hombres perciben niveles más bajos de funcionamiento familiar al tiempo que también desean para su familia niveles más bajos de funcionamiento que las mujeres. También discrimina en función de la edad, en el sentido de que son los menores los que perciben y desean niveles más altos de funcionamiento familiar.

## **b) Escala de Diferenciación Familiar (DIFS)**

La Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) evalúa el grado de diferenciación entre los miembros del sistema familiar (Anderson y Sabatelli, 1992); consta de 66 reactivos, los que son contestados conforme a una escala Likert de 5 opciones; en donde el esquema de código de la escala está enfocado a la evaluación de múltiples relaciones diádicas e incluye indicadores de interacción que mantienen tanto la individualidad como las relaciones. La diferenciación se refiere al patrón de regulación de distancia entre sus miembros, e incluye grado de involucramiento, tolerancia, límites intergeneracionales, autonomía, individualidad e intimidad entre sus miembros.

El *DIFS* está basado en conceptualizaciones del modelo de Milán, principalmente en lo que se refiere a los patrones de interacción en base al cuestionamiento circular; en las conceptualizaciones de conflictos y límites familiares, y triángulos intergeneracionales (Bowen, 1978 y Kramer, 1985; citados por Anderson y Sabatelli, 1992).

El *DIFS* Fue validado por acuerdo interjueces (estudiantes de doctorado y profesorado dentro del Human Development and Family Relations Program at the University of

Connecticut), los ítems seleccionados (20 en total) recibieron consistentemente altos puntajes, lo que se conservaron para su análisis. Estos 20 ítems en versión piloto fueron pretestados en un grupo de 278 estudiantes de la Universidad de Connecticut, que permitió minimizar el número de ítems contenidos dentro de la escala. Además se seleccionaron los factores y se llevaron a cabo análisis de consistencia interna para minimizar el número de ítems de la escala mientras mantenían un alto grado de consistencia interna. La escala se redujo a 13 ítems y luego a 11 ítems, que se aplicaron a 6 díadas, se refieren a la: relación de la madre con el padre, el padre con la madre, el yo (evaluado) con el padre, el yo con la madre, la madre con el yo y el padre con el yo.

La evidencia de validez y confiabilidad del DIFS se deriva de tres estudios. En estos tres estudios, las subescalas de ejecución sin error, obtuvieron un alfa promedio de .84 a .94. En el primer estudio, los datos del DIFS fueron examinados en relación al funcionamiento familiar, niveles de conflicto familiar e indicadores de adaptación de adolescentes. El segundo estudio está basado en la misma fundamentación teórica del primero, se examinaron las relaciones entre los niveles de diferenciación familiar, se reportaron niveles de apoyo familiar y de pares, y niveles reportados de depresión y ansiedad en muestra de adolescentes. El tercer estudio, suministró evidencia para la validez discriminativa de la DIFS, al discriminar sucesos entre grupos clínicos y no clínicos en un estudio comparativo, reportando niveles de diferenciación en una muestra de mujeres bulímicas en tratamiento con un grupo control.

### ***c) Escala de Depresión CES-D de Radloff (1977; citador por Saddler)***

La Escala de Depresión CES-D evalúa la frecuencia de síntomas depresivos; consta de 19 reactivos, los que son contestados conforme a una escala Likert de 4 opciones, el que está integrado por 6 componentes, estos son: humor depresivo, sentimientos de culpa y preocupación, sentimientos de impotencia y desesperanza, lentitud psicomotriz, pérdida del apetito y trastornos del sueño.

El CES-D fue validado en un estudio de entrevistas en el hogar y en escenarios psiquiátricos. Los estudios de entrevista en el hogar fueron conducidos en dos comunidades diferentes de la unión americana (1971 a 1974), conteniendo cerca de 300 reactivos estructurados (en la primera entrevista), además de la escala del CES-D. Dos estudios fueron conducidos en escenarios psiquiátricos; con 70 pacientes depresivos, de los cuales 35 presentaron depresión severa; con el propósito de validar clínicamente al CES-D.

La confiabilidad muestra que para la consistencia interna, mediante una correlación de mitades divididas, se obtuvo de .85 para el grupo de pacientes y de .77 para el grupo normal. El Coeficiente Spearman-Brown fue de .90 ó por arriba para ambos grupos. El test-retest reporta una confiabilidad promedio de .32 por 12 meses a .67 por cuatro semanas.

En la muestra de población general el CES-D correlaciona moderadamente bien con la medidas de auto reporte de depresión y humor depresivo. Saddler también reporta una correlación positiva entre puntaje de depresión y número de eventos negativos de vida

(dentro del año pasado, 1977). Otros investigadores (Weissman, Prusoff y Newberry, 1975, citado por Saddler, 1977) han encontrado que el DES-D correlaciona .81 con el BDI y .90 con el SDS (Escala de depresión).

Saddler declaró que el puntaje del CES-D discrimina bien entre muestras de pacientes psiquiátricos y de la población en general, y discrimina moderadamente entre niveles de severidad dentro de grupo de pacientes con depresión (1977).

### **2.1.2. Fundamentación teórica de las correlaciones entre escalas**

Existen diversos estudios y análisis fundamentan las hipótesis de este trabajo, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

- a) Una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar (Guibert y Torres, 2001; Gaviria, Rodríguez y Alvarez, 2002).
- b) Una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión (Guibert y Torres, 2001; Gaviria et al., 2002).
- c) Una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión (Anderson y Sabatelli 1991).

Guibert y Torres (2001) refieren que los modelos negativos del Funcionamiento Familiar que constituyen factores de riesgo familiares para la conducta suicida son: la desorganización familiar en el consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros.

Existen otros factores de riesgo, que son importantes, aunque pueden predisponer a la conducta suicida si están presentes los esenciales (Guibert y Torres, 2001). Éstos son la sobrecarga de roles, los conflictos de poder entre los miembros, la baja tolerancia entre ellos y la rigidez en la solución de problemas.

Los resultados de la investigación indican que el funcionamiento familiar (medido por el FF-SIL10) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron de poca adaptabilidad (67.7%), la baja cohesión (70.9%) y la desarmonía (87.1%).

Gaviria et al. (2002) comentan que el medio ambiente familiar es uno de los factores protectores identificados en estudios en adolescentes expuestos a marcado estrés, el ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos nocivos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo.

Las autoras realizaron una investigación en la que correlacionaron el riesgo de depresión según la calidad de la relación familiar; los hallazgos demostraron que se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $X^2=42.81$ ,  $gl=6$ ,  $P=0.001$ ); a nivel gráfico se observa que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia con una relación pobre.

Por otro parte, se examinaron las relaciones entre los niveles de diferenciación familiar y niveles reportados de depresión y ansiedad. Como se esperaba las repuestas más altas en la DIFS tiende a reportar los niveles más altos de apoyo familiar y menores niveles de depresión y ansiedad (Sabatelli y Anderson, 1991).

### 2.1.3 Metodología

- **Objetivo:**

Determinar la validez de la escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) con base en las escalas de Diferenciación Familiar (DIFS) y la de Depresión (CES-D).

- **Hipótesis:**

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, en el proceso de validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar, se llega a la construcción de las siguientes hipótesis:

- a) Una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar.
- b) Una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión.
- c) Una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión.

- **Descripción de la Muestra:**

Se aplicaron 3 escalas (Evaluación del Sistema Familiar, CES; Escala de Depresión, CES-D y Escala de Diferenciación del Sistema Familiar, DIFS) a dos muestras de estudiantes. La primer muestra estuvo constituida de 170 estudiantes que cursan los últimos semestres de preparatoria, cuya edad oscila entre los 16-18 años de edad y la segunda muestra estuvo conformada por 50 estudiantes de psicología que cursan el 7º semestre, cuyas edad se encuentra entre los 19 a 20 años; las muestras incluyen a personas de ambos sexos. La aplicación de las tres escalas duró un promedio de 20 minutos.

### 2.1.4 Resultados

#### a) Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) de Olson, Portner y Berll (1978)

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo un coeficiente de .9262. Mediante la correlación ítem–total se observó que los 13 reactivos presentaron una correlación alta, conforme a lo cual ningún reactivo fue eliminado.

Posteriormente se realizó el análisis factorial con rotación varimax ortogonal, donde se pudo observar que los reactivos se agruparon en 2 factores, que presentan valores mayores a 1 y explican el 62% de la varianza (ver tabla 1).

**Tabla 1:** Factores que componen la Escala

<b>Factor</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Nombre del factor</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Varianza</b>
1	.9288	Heterarquía	No se eliminó ningún reactivo.	62 % (factor 1 y 2)
2	.6717	Flexibilidad de roles	No se eliminó ningún reactivo	

Estos 2 factores se describen enseguida:

- El factor 1 fue denominado “heterarquía” debido a que los reactivos que componen este factor hacen referencia a los constructos de apoyo mutuo, negociación de reglas, convivencia y sentimientos de unión.
- El factor 2 se ha denominado “flexibilidad de roles” porque evalúa la distribución de actividades y roles de manera flexible, es decir conforme a las capacidades de los miembros y a las necesidades surgidas.

**b) Escala de diferenciación del sistema familiar (DIFS) de Anderson y Sabatelli (1992)**

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo inicialmente un coeficiente de .6674; mediante la eliminación de 10 reactivos que presentaban una correlación baja, se obtuvo un incremento significativo en el nivel de confiabilidad con un alpha de Cronbach de .9479. A partir de este análisis el instrumento queda conformado por 56 reactivos.

Posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad por *diadas* para obtener la consistencia interna de las mismas, en las cuales se obtuvo una confiabilidad por arriba de .80, lo que nos indica que la confiabilidad general de la escala es homogénea en cada una de las diadas (ver tabla 2).

**Tabla 2:** Factores que componen la Escala

<b>Factor</b>	<b>Nombre del factor</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Diada que lo presenta</b>	<b>Varianza</b>
1	Promoción de la diferenciación	.8537 .7983 .7739	Padre-Madre Madre-Padre Madre-Yo	59 % (factor 1 y 2) 55 % (factor 1 y 2) 56 % (factor 1 y 2)
<b>Factor</b>	<b>Nombre del factor</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Diada que lo presenta</b>	<b>Varianza</b>
2	Obstaculización de la diferenciación	.6620 .7507	Padre-Madre Madre-Padre	----

		.7745 .7964	Madre-Yo Yo-Madre	---- ---- 50% (factor 2)
3	Diferenciación inconstante	.8611	Padre-Yo	48 % (factor 3)
4	Promoción de la diferenciación	.7641	Yo-padre	50 % (factor 4)

Los 4 factores se describen enseguida:

- El factor 1 se denominó “*Promoción de la diferenciación*”, debido a que los reactivos que lo componen refieren los constructos que promueven la individuación en la percepción que tiene el adolescente de un miembro sobre otro miembro de la familia, estos son: respeto por la privacidad, comprensión de los sentimientos, animar a expresar sentimientos y a hablar de sí mismo.
- El factor 2 se denominó “*Obstaculización de la diferenciación*” dado que los reactivos que la componen hacen referencia a conductas que bloquean la individuación en la percepción que tiene el adolescente de un miembro sobre otro miembro de la familia (incluido el mismo), como: no dar importancia a los sentimientos del miembro, imponer lo que debe de pensar y criticar lo que dice.
- El factor 3 se denominó “*Diferenciación inconstante*”, debido a que el contenido de los reactivos que lo componen es una mezcla de los constructos comprensión, respeto por los sentimientos y puntos de vista de un miembro de la familia (incluido el mismo), así como de reactivos que contradicen lo anterior, es decir, imposición y crítica de los sentimientos y punto de vista del miembro, e invasión de la privacidad.
- El factor 4 se denominó “*Promoción de la diferenciación*”, debido a que los reactivos que lo componen refieren los constructos que promueven la individuación en la percepción que tiene el adolescente de un miembro respecto de otro (incluido el mismo), estos son: respeto por la privacidad, comprensión de los sentimientos, animar a expresar sentimientos y a hablar de sí mismo.

### **c) Escala de Depresión CES-D de Radloff (1977; citador por Saddler)**

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo un coeficiente de .9093. Mediante la correlación ítem–total se observó todos los reactivos presentan una correlación alta y por lo tanto no se eliminó alguno.

Posteriormente se realizó el análisis factorial con rotación varimax ortogonal, donde se pudo observar que los reactivos se agruparon en 19 factores, de los cuáles cuatro son los que presentan valores mayores a 1 y explican el 59% de la varianza (ver tabla 3).

**Tabla 3:** Factores que componen la Escala

<b>Factor</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Nombre del factor</b>	<b>Observaciones</b>
1	.8885	Sentimientos negativos	—
2	.7464	Sentimientos positivos	—
3	.6822	Nivel de Funcionamiento Social Bajo	—
4	.4105		Nivel de confiabilidad no significativo. Este factor se elimina del instrumento.

Se describe a continuación 3 de estos 4 factores, ya que uno de ellos fue eliminado por la falta de congruencia en el contenido de los ítems:

- El factor 1 fue denominado “*Sentimientos negativos*” debido a que los reactivos que lo componen refieren constructos relacionados a sentimientos de desesperanza, desolación, tristeza y fracaso.
- El factor 2 se ha denominado “*Sentimientos positivos*” debido a que los reactivos que lo componen refieren constructos relacionados a un estado de ánimo elevado, esperanza, sensación de felicidad y goce.
- El factor 3 se ha denominado “*Nivel de funcionamiento social bajo*” debido a que los reactivos que lo componen refieren constructos relacionados a la interacción social, como son disminución en la atención del otro y en la expresión de ideas, baja actitud amigable y disminuida confianza social.

**d) Correlación entre los instrumentos: Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF), Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) y Escala de Depresión (CES-D)**

De la correlación entre los instrumentos: Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF), Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) y Escala de Depresión (CES-D) se encontraron los siguientes resultados (ver tabla 4):

- ✓ Una correlación entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar de .668, a un nivel de probabilidad de .00; lo que indica una correlación aceptable y positiva. Lo que sugiere que a mayor percepción de un adecuado funcionamiento familiar, mayor es la percepción de diferenciación familiar.
- ✓ Una correlación entre funcionamiento familiar y depresión de -.370, a un nivel de probabilidad de .00; lo que indica una correlación aceptable y negativa. Lo que sugiere que a mayor percepción de un adecuado funcionamiento familiar, menor es la depresión.



- ✓ Una correlación entre diferenciación familiar y depresión de  $-.437$ , a un nivel de probabilidad de  $.00$ ; lo que indica una correlación aceptable y negativa. Lo que sugiere que a mayor percepción de diferenciación familiar, menor es la depresión.

**Tabla 4.** Correlaciones de las tres escalas.

		Sexo	Edad	CESF	DIFS	CES-D	Diada Madre-Padre	Diada Padre-Madre	Diada Padre-Yo	Diada Yo-Padre	Diada Madre-Yo	Diada Yo-Madre
<b>Sexo</b>	Pearson Correlation	1.00	-.238	.086	.007	-.132						
	Sig. (2-tailed)		.002	.272	.931	.093						
<b>Edad</b>	Pearson Correlation	-.238	1.000	-.049	-.023	.005						
	Sig. (2-tailed)	.002		.530	.769	.954						
<b>CESF</b>	Pearson Correlation	.086	-.049	1.000	<b>.668</b>	<b>-.370</b>	--	<b>.509</b>	<b>.554</b>	<b>.554</b>	<b>.533</b>	<b>.562</b>
	Sig. (2-tailed)	.272	.530		.000	.000						
<b>DIFS</b>	Pearson Correlation	.007	-.023	<b>.668</b>	1.000	<b>-.437</b>						
	Sig. (2-tailed)	.931	.769	.000		.000						
<b>CES-D</b>	Pearson Correlation	-.132	.005	<b>-.370</b>	<b>-.437</b>	1.000	--	<b>-.332</b>	<b>-.326</b>	<b>-.383</b>	<b>-.406</b>	<b>-.332</b>
	Sig. (2-tailed)	.093	.954	.000	.000							

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a Listwise N=164

Los resultados y su posible interpretación (ver tabla 4), de las correlaciones significativas encontradas entre la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) y Escala de Diferenciación Familiar (DIFS), son:

- ✓ Una correlación alta (ver tabla 4) entre las diadas 1, 3, 5 (padre-madre, padre-yo, madre-yo) y funcionamiento familiar. Lo que indica una correlación aceptable y positiva, ello sugiere que el adolescente percibe que cuando el padre permite una mayor diferenciación de la madre ó a sí mismo, ó cuando la madre le permite una mayor diferenciación a sí mismo, mayor es el funcionamiento familiar.
- ✓ Una correlación alta entre las diadas 4 y 6 (yo-padre, yo-madre) y funcionamiento familiar, de  $.544$  y  $.562$  (respectivamente) a una probabilidad de  $.00$ . Lo que indica una correlación aceptable y positiva, ello sugiere que el adolescente percibe que cuando el mismo le permite al padre, ó a su madre, una mayor diferenciación, mayor es el funcionamiento familiar.

Los resultados y su posible interpretación (ver tabla 4), de las correlaciones significativas encontradas entre Díadas de la Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) y la Escala de Depresión (CES-D) son:

✓ Una correlación moderada y negativa (ver tabla 4) entre las diadas 1, 3, 4, 5 y 6 (padre-madre, padre-yo, yo-padre, madre-yo, yo-madre) y depresión. Lo que sugiere que el adolescente percibe que cuando el padre, la madre ó el mismo, permite una mayor diferenciación a la madre, padre ó sí mismo, menor es la percepción de depresión entre los miembros (madre, padre ó sí mismo).

Finalmente, con respecto a las correlaciones significativas encontradas entre diadas de la Escala de Diferenciación Familiar (DIFS), los resultados encontrados indican una correlación alta y positiva entre las diadas: 2-1, 2-4, 2-5, 2-6, 3-1, 3-4, 4-1, 4-6, 5-6 (ver tabla 5) lo que sugiere que a mayor percepción de diferenciación en una diada mayor diferenciación en la otra diada; por ejemplo, a mayor percepción de diferenciación en la madre para con el padre, mayor percepción de diferenciación en el padre para con la madre; lo que sugiere una percepción de reciprocidad. En general las diadas muestran ésta percepción de reciprocidad.

**Tabla 5.** Correlaciones altas entre diadas de la Escala DIFS

	Diada Madre-Padre	Diada Padre-Madre	Diada Padre-Yo	Diada Yo-Padre	Diada Madre-Yo	Diada Yo-Madre
Diada Madre-Padre		.710	.546	.571	.617	
Diada Padre-Madre						
Diada Padre-Yo		.610	.760			
Diada Yo-Padre		.602			.546	
Diada Madre-Yo					.753	
Diada Yo-Madre				.753		

(a una probabilidad de .00)

### 2.1.5. Conclusiones

Conforme a los análisis realizados se comprueba que las correlaciones son congruentes con las expectativas teóricas y conforme a la definición de los constructos considerados (Sabatelli y Anderson, 1991; Guibert y Torres, 2001, y Gaviria et al., 2002); es decir se encontraron correlaciones significativas entre las escalas aplicadas (CESF, DIFS y CES-D); en específico una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar; una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión, y una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión

Con base a lo anterior, y en consideración a la fundamentación teórica de las relaciones de las escalas referidas (Sabatelli y Anderson, 1991; Guibert y Torres, 2001, y Gaviria et al., 2002), se confirma la validez de la escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) con base en las escalas de Diferenciación Familiar (DIFS) y la de Depresión (CES-D).

## **2.2 Reporte de Investigación Cualitativa**

Se realizó un estudio cualitativo para evaluar algunos antecedentes familiares y patrones de interacción de madres y padres denunciados por maltrato infantil. El estudio pretendió verificar la viabilidad de la propuesta teórica que afirma que la violencia infantil puede ser entendida en términos de crisis del ciclo vital y situacional (Abdala, 1994, Gonzalez, Azaola, Duarte y Lemus, 1993) y por patrones de interacción disfuncionales; como la conceptualización de triángulos patológicos de Bowen, Haley, Minuchin, Wynne (citados en Hoffman, 1987). A continuación se describen el estudio correspondiente.

### **2.2.1. Metodología**

#### ***Objetivo***

El estudio evaluó el patrón de interacción de 6 madres y 2 padres denunciados por maltrato infantil en la Fiscalía de Menores dependiente de la Procuraduría de Justicia del D.F.

#### ***Muestra***

La media de edad de los padres que participaron en este estudio es de 38 años; 4 de los padres son originarios del D.F. y 4 lo son de varios estados de la República Mexicana (Chiapas y Veracruz); las 6 madres están dedicadas a labores de hogar y 3 de ellas además trabajan como domésticas; uno de los padres labora como contratista y otro como vendedor; en lo que respecta al nivel escolar, una madre no tienen escolaridad, 3 cuentan con primaria sin concluir, 3 con primaria terminada, 2 con secundaria sin concluir y un padre con bachillerato sin concluir.

#### ***Variables***

Las definiciones consideradas para el estudio fueron: 1) maltrato.- se refiere a aquel patrón de interacción, en el que un miembro de mayor jerarquía produce daño físico y/o emocional sobre un miembro de menor jerarquía, de una manera intencional y haciendo uso del poder que le da su status (Dohmen, 1994, Corsi, 1999, Perrone y Nannini, 2000); 2) Patrones de interacción.- se refiere a aquellas secuencias de conducta que se percibe conectadas entre sí y tienen la característica de ser repetitivas (redundante), estereotipadas, cíclicas (se percibe un inicio y un final); y por ende predecibles (Ochoa de Alda, 1995).

## ***Instrumentos de Medición***

En un primer estudio piloto se aplicaron dos entrevistas semiestructuradas a una madre denunciada por el delito de maltrato, con la finalidad de indagar en torno de los temas que conforme a la teoría están relacionados al maltrato.

En la primera entrevista se recolecto información de la historia personal y familiar de madres y padres enfocada a las interacciones pasadas y presentes. Posteriormente se llevo a cabo una segunda entrevista, que se centró en el patrón de interacción presente entre madre ó padre, hijo y familiares involucrados en el maltrato infantil.

Los resultados del estudio piloto, fueron sometidos a un acuerdo interjueces, integrado por una profesora que imparte la materia de investigación cualitativa en la Residencia en Terapia Familiar y por estudiantes de la residencia en terapia familia.

### **2.2.2. Resultados**

#### ***a) De los antecedentes***

A continuación se presenta los antecedentes que se encontraron en las familias de las madres y padres maltratadores (véase tabla 1), los números se refieren al número de evaluados que presentan el factor referido (ubicados en la columna de la izquierda), y el porcentaje del total de los evaluados (madre y padres) que lo presentaron (columna de la derecha).

**Tabla 1.** Antecedentes Familiares

<b><i>Antecedentes</i></b>	<b><i>Madres</i></b>	<b><i>Padres</i></b>	<b><i>Total de padres</i></b>	<b><i>Total en porcentaje</i></b>
En la familia de origen de empleo el castigo físico como medida disciplinaria	6	2	8	100%
Alcoholismo en el padre ó madre de la familia de origen	6	1	7	87.5%
Alcoholismo en la madre ó padre	1	0	1	12.5%
Restricciones en la adolescencia	4	0	4	50%
Crisis del ciclo vital: Adolescencia	3		3	38%
Entrada de los hijos a la escuela	2	1	3	38%
Matrimonio que vive, ó que tiene conflicto, con la familia de origen de uno de los cónyuges	3	1	4	50%

<i>Antecedentes</i>	<i>Madres</i>	<i>Padres</i>	<i>Total de padres</i>	<i>Total en porcentaje</i>
El hijo:				
No fue planeado	1		1	13%
No deseado	1		1	13%
No vivió con la madre	2		2	25%
Crisis situacional:				
Violencia conyugal	2		2	25%
Estrés por otros factores (e.g. violación de la hija; problemas económicos, estrés laboral, enfermedad del progenitor, hijo con necesidades de educación especial)	5	2	7	88%
Expectativas no cumplidas por los hijos	4	1	6	75%
Triángulos familiares	(1),(3), (1), (1), (1),	(1), (1)	7	88%

**Nota:** en lo que respecta a la categoría triángulos familiares, se coloca entre paréntesis el número, ya que indica el número de triángulos que se detectaron por familia.

Conforme al cuadro presentado con anterioridad se encontró que:

- El 100% de los padres provienen de familias de origen que emplearon el castigo físico como medida disciplinaria.
- El 88% provienen de una familia de origen en la que al menos uno de los progenitores presentó alcoholismo.
- El 67% de las madres reportan restricciones en la adolescencia (no podían tener novios, ni amigos, ni salir a la calle); de las que no reportaron restricción (dos de las madres) comentan que en la infancia se salieron del hogar para venir a trabajar al D.F. con el fin de ayudar en la manutención de su familia. Los padres no reportan restricción por parte de la familia de origen; uno de ellos trabajó en la infancia para sostener a su familia.
- Las madres y padres reportan crisis del ciclo vital: el 38% refiere crisis adolescente, el 38% crisis por entrada de los hijos a la escuela, el 50% reportó crisis con la familia de origen por intervención en la vida matrimonial.
- Las madres y padres reportan crisis situacional principalmente por: a) violencia conyugal (25%) y estrés por factores diversos (88%).

- El 75% de las madres y padres reportan conflictos con su hijo por las expectativas no cumplidas.
- El 88% reporta la presencia triángulos en las interacciones, específicamente las relacionadas al maltrato infantil.

### ***b) De los ciclos de interacción***

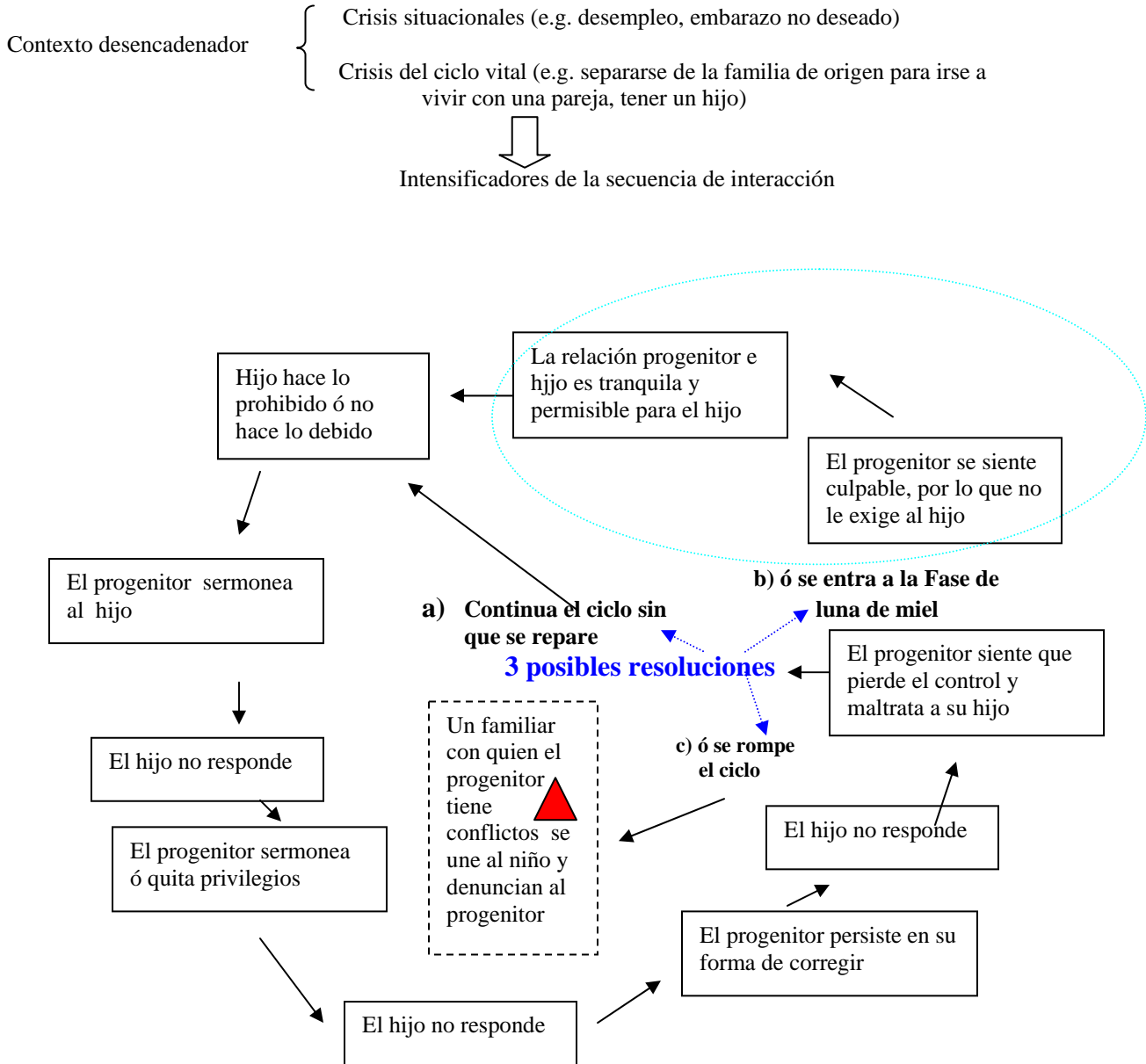
Se propone un ciclo general de interacción del maltrato infantil (véase diagrama 1), extraído a partir de las similitudes percibidas de los ciclos de interacción de madres y padres maltratadores. A continuación se hacen algunas especificaciones al respecto:

- El ciclo de violencia infantil puede ser similar en sus fases al ciclo de violencia en la pareja (Corsi, 1999), a partir de esta propuesta el ciclo que se encontró en el maltrato infantil es el que sigue: una fase de acumulación de la tensión (se castiga al niño de diversas maneras, aunque no se le maltrata físicamente), una fase de episodio agudo (se da el maltrato físico y emocional) y una fase denominada “luna de miel, en la que el padre se arrepiente y se siente culpable, lo le lleva a detener el maltrato por un tiempo, a veces da privilegios y premios al niño.
- El ciclo no es constante, es decir presenta cambios en el tiempo, en este sentido se aprecia una escalada ó incremento de la pauta usual que lleva a la ruptura del ciclo (retroalimentación negativa). Los sucesos que pueden llevar a la ruptura son: a) mayor maltrato físico lo que lleva a la hospitalización del niño y a su retiro legal ó b) salida del hijo del hogar con apoyo de la familia de origen de uno de los padres.
- Este ciclo es desencadenado por 3 tipos de crisis: a) propias del ciclo vital; b) crisis situacional ó c) propias de una dinámica familiar disfuncional (e.g. la concepción del maltrato como el correctivo más efectivo para corregir problemas persistentes de conducta; expectativas parentales irreales).
- Se aprecian triángulos en la interacción familiar, principalmente por intervención de la familia de origen de uno de los progenitores contra el otro progenitor maltratador (familia política) con quien se tienen conflicto.

### **2.2.3. Conclusiones**

Los hallazgos que proporcionan los antecedentes son consistentes con las propuestas teóricas, específicamente en lo que se refiere a los factores que se consideran desencadenantes del maltrato infantil (Marcovich, citado en Revista Psicológica: Síndrome del Niño Maltratado; Papalia y Wendkos, 1988); tal como: la influencia de patrones de crianza en lo que el castigo físico está justificado, la rigidez familiar, el alcoholismo, las crisis del ciclo vital y situacional, expectativas irreales de los padres para con los hijos y cuestiones relacionadas al género y poder.

**Diagrama 1: Ciclo de Interacción de Madres y Padres Agresores**



Por otro lado, el análisis del ciclo de interacción infantil es consistente con los estudios de Perrone y Nannini (1997); Corsi (1999) Ludwing Von Bertalanffy (1937); Bowen, Haley, Minuchin, Wynne (citados en Hoffman, 1987); dado que se encontraron secuencias rígidas y repetitivas en el maltrato infantil; con tendencia cíclicas, conformadas por fases

definidas; con procesos de retroalimentación positiva y negativa; así como por la presencia de triángulos patológicos (los que se incrementan en situaciones de crisis).

Conforme a las conclusiones del presente estudio, es posible una intervención familiar sistémica, con la finalidad de romper dichos ciclos redundantes y posibilitar el cambio familiar, reduciendo las coerciones legales y favorecer la responsabilidad familiar.

Por otro lado, el presente estudio evidencia la importancia de generar habilidades para el control del estrés y de la ira, de favorecer formas alternativas de corrección de la conducta infantil; conforme a lo cual el empleo de aproximaciones cognitivo y conductuales se aprecian favorables en tal sentido.

### **3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento. Atención y Prevención Comunitaria**

El programa de la residencia en terapia familiar sistémica contempla además una formación profesional cuyo campo de influencia es más amplio y general, en comparación al ámbito clínico; cuyo propósito es impulsar la adquisición y el desarrollo de conocimientos y destrezas de alto nivel para la prevención y resolución de problemas relevantes en la comunidad, así como para la generación de material didáctico y la difusión del conocimiento en foros académicos para especialistas en el campo.

Considero que esta parte de la formación es la que cumple el mayor alcance social a nivel práctico, por el mayor número de personas involucradas en el proceso y por la diversidad de espacios a que se accede; lo que conlleva el desarrollo de un mayor grado de movilidad, negociación, flexibilidad y creatividad en los residentes; es sin duda una parte de la formación muy valiosa para el trabajo futuro en el ámbito referido.

A continuación presento algunas de las actividades realizadas para la enseñanza y difusión del conocimiento a nivel comunitario y profesional; principalmente en su aspecto informativo, reconstructivo y preventivo.

Enseguida se presenta los resultados de un taller que se aplicó en un grupo de niños de casa hogar que habían sufrido maltrato infantil de sus padres y que cumplió la finalidad de favorecer el reconocimiento de recursos y habilidades de los mismos, a partir de diversas actividades y juegos basados en la terapia narrativa. Finalmente se presenta una reseña de las potencias impartidas en diversos congresos nacionales.

#### **3.1 Productos tecnológicos**

A continuación se presenta el resumen de tres productos tecnológicos, uno de los cuales es una publicación en una revista latinoamericana de una investigación que se realizó con padres y madres denunciados por maltrato infantil, y los otros dos, en congruencia



con dicha investigación, un folleto y un tríptico para padres que abordan temáticas referidas al maltrato infantil.

### **a) *Publicación de un artículo de investigación***

Un primer producto tecnológico elaborado fue el artículo “patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil” que fue publicado en la revista colombiana (Barcelata y Alvarez, 2005). Tal como se precisó en el apartado referente a investigación Cualitativa, este artículo evaluó algunos antecedentes familiares y patrones de interacción de madres y padres denunciados por maltrato infantil. El objetivo era verificar la viabilidad de la propuesta teórica que afirma que la violencia infantil puede ser entendida en términos de crisis del ciclo vital y situacional (Abdala, 1994, Gonzalez, Azaola, Duarte y Lemus, 1993) y por patrones de interacción disfuncionales; como la conceptualización de triángulos patológicos de Bowen, Haley, Minuchin, Wynne (citados en Hoffman, 1987). El estudio incluyó las variables: antecedentes familiares, maltrato y patrones de interacción.

Los resultados indicaron que los antecedentes de las madres y padres denunciados por maltrato infantil, así como sus patrones de interacción en el presente, son congruentes con la fundamentación teórica referida. Así también se los hallazgos sugieren que el maltrato infantil está relacionado a patrones de crianza que emplean el castigo físico como principal medida disciplinaria y presencia de alcoholismo en los padres; además se encontró una tendencia familiar a sostener cadenas de interacción generadas de violencia, relacionadas a crisis en el ciclo vital y situacionales, con una pauta cíclica similar al del ciclo de la violencia en la pareja que describe Corsi (1994, p. 44).

Se concluyó que es posible una intervención familiar sistémica, cognitivo y conductual con la finalidad de romper dichos ciclos redundantes y posibilitar el cambio familiar favorable; principalmente a lo referente al control de la ira.

### **b) *Folleto Guía y Tríptico Informativo del maltrato infantil***

Un segundo producto tecnológico fue la elaboración de un folleto que aborda el tema del maltrato infantil, que es una guía breve que pretende sensibilizar a la población, proporciona información y proponer sugerencias para favorecer el buen comportamiento de los niños sin maltrato, este material está dirigido principalmente a los padres y a familiares que están implicados legalmente en el delito de maltrato infantil, y se distribuye en la Fiscalía de Menores y en campañas contra la violencia, en esta última participando con diversas instituciones en espacios abiertos para el público en general, cuyo objetivo es promover servicios de apoyo psicológico y legal a personas implicadas en esta problemática, como la organizada en julio del 2006 por la delegación Cuauhtémoc, denominada “Conciencia para la No Violencia”.

Este folleto incluye temas tales como (ver anexo 1):

- ✓ Factores personales y situacionales asociados al Maltrato Infantil.
- ✓ Tipos de Maltrato Emocional.
- ✓ El Maltrato y su efectividad para producir cambios permanentes en la conducta.

- ✓ Las consecuencias emocionales, cognitivas y sociales del maltrato en el niño.
- ✓ Los motivos de la mala conducta de los niños.
- ✓ Alternativas útiles para corregir a los niños sin maltratarlos.
- ✓ Instituciones que ofrecen apoyo a los padres.

El folleto incluyen ilustraciones para hacer amena la lectura, cada tema se introduce a través de preguntas. La información que se proporciona pretende concienciar de la responsabilidad de los padres de educador a sus hijos respetando sus derechos, con afecto, estableciendo normas y límites saludables, desde una postura de reflexión, sin culpabilizar.

Un tercer producto tecnológico es un tríptico, el que pretende sensibilizar y proporcionar información en lo referente al maltrato infantil (definición y tipos de maltrato), además de que incluye una lista de instituciones a las cuales los padres pueden acudir a solicitar asesoría. Este material es distribuido en la Fiscalía de Menores para el público en general (véase anexo 2).

### **3.2 Programas de Intervención comunitaria**

Se elaboró un curso taller para niños de casa hogar, cuyo antecedente común era que provenían de hogares donde habían sufrido maltrato. Este taller se denominó “contándole mis logros a sherk”, basado en el modelo narrativo de la terapia familiar posmoderna, y tenía como objetivo favorecer el reconocimiento de acontecimientos extraordinarios en los niños para afrontar exitosamente situaciones que ellos eligieron cambiar porque les producía malestar ó problemas en su relación con los demás.

Los niños tuvieron la experiencia de participar, a lo largo de 6 sesiones, en diversas dinámicas de grupo y en la creación de diversos materiales con papel y plastilina en la representación simbólica de los “monstruos” que los gobiernan y los momentos en que no podían controlarlos, iluminándolos y decorándolos conforme a su propio estilo personal; también escribiendo cartas narrativas para sus compañeros en sus esfuerzos por darles pistas ó sugerencias para luchar exitosamente contra el problema y jugando con títeres en la recreación de los acontecimientos extraordinarios donde se ayudaban así mismos y a otros a derribar sus propios monstruos.

Los resultados encontrados fueron:

#### **1. De su historia de vida**

En sus historias de vida hablan de este primer vínculo afectivo establecido y los motivos por los cuales se separaron; ellos hablan de maltrato, muerte, explotación, rechazo y abandono de sus padres. Refieren un ambiente familiar sin reglas, con pobreza. Además, se asignan adjetivos negativos a sí mismos, algunos de los cuales consideran fueron el motivo del maltrato.

#### **2. De los dibujos de externalización**

Un concepto de la terapia narrativa que se manejo en el taller fue la “externalización”, que es definido como un mecanismo por el que un problema es manejado como una entidad externa, independiente de la familia ó persona (e.g. el monstruo del miedo que

acecha); conforme a lo cual, el problema (e.g. miedo, evitación, desobediencia, etc.) no es el problema sino la relación que se establece con el mismo.

Se hizo una comparación de los dibujos de externalización hechos por los chicos durante la segunda sesión y la sexta sesión; de lo que se encontró que una diferencia significativa entre su primer y segundo dibujo de externalización, ya que en el primero, se observaron personajes fóbicos (como ratas, arañas y murciélagos), el monstruo como figura grande, indefinido, oculto y lejos de la vista de niño, quien se dibuja pequeño, quieto y atemorizado; en el segundo dibujo, no se observan personajes fóbicos, el monstruo es definido, el niño está frente a él, interactuando con él (e.g. le ponen diálogos a su dibujo, se ve en posición de ataque, con armas); así también, el niño, que es dibujado con una expresión facial de coraje ó alegría (y no de temor como en el dibujo anterior) es más grande que el monstruo.

### **3. De la carta de alta seguridad**

Los resultados que se obtuvieron en la elaboración de una carta de alta seguridad, es decir de las sugerencias escritas que los niños hacen a sus compañeros para combatir al monstruo, fue muy positiva, ya que se apreció que cada uno de los niños escribió aquellas conductas y actitudes, que se refirieron en las sesiones del taller, que le ayudan a su compañero a controlar ó alejar a su propio monstruo.

Finalmente, los niños comentaron que el taller les permitió aprender a controlar su enojo y miedos, a reconocer aquellas acciones y formas de pensar que favorecen su autocontrol, a identificar las consecuencias de sus actos, así como los sentimientos tanto positivos como negativos de sí mismos que les pueden ayudar u obstaculizan su vida; también comentaron que el taller les permitió pensar que hay otros que se interesan por ellos.

En conclusión, se considera que a partir del el curso taller se alcanzaron los objetivos planteados inicialmente, que era que los niños reconocieron sus recursos y habilidades para enfrentar exitosamente situaciones indeseables para ellos.

### **3.3. Reporte de la presentación del trabajo (clínico y/ó de investigación) en foros académicos**

Se participaron en diversos congresos en psicología, lo que considero contribuyó significativamente al desarrollo de las habilidades profesionales enfocadas a la difusión de conocimiento, principalmente cuando el público receptor son especialistas ó profesionales en psicología ó disciplina afines, y que por ende se requiere una preparación más técnica. Esta oportunidad profesional, considero favoreció el desarrollo del residente tanto a nivel personal como profesional de diversas destrezas, algunas de ellas: la capacidad analítica, sintética, sistemática y elocuente del expositor, la expresión oral, la seguridad personal, así como las destrezas y técnicas para la elaboración de presentaciones de alto nivel, que incluyen diversos apoyos instruccionales como fotos, cuadros, gráficas y esquemas, etc.

A continuación pasaré a describir brevemente la presentación de las ponencias impartidas en el curso de la residencia.

Se presentó una investigación en el Congreso XII “Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo”, organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C., en Guanajuato el 24 de septiembre del 2004; la ponencia impartida se tituló “Patrones de Interacción de Madres y Padres generadores de Violencia”; el resumen de los temas de este artículo ya se mencionó en apartados anteriores.

También se expuso una investigación denominada “Narrativas de Adolescentes Infractores-Varones que viven en Casa Hogar”, en la Facultad de Psicología de la UNAM, a través de la División de Estudios Profesionales y el Proyecto Andamios Curriculares, en el IV Congreso de Investigación Formativa, que tuvo lugar el 21 al 26 de febrero del 2005. Esta ponencia es un estudio de la historia de vida de dos adolescentes infractores que se encontraban detenidos en la Fiscalía de Menores por el delito de robo, el objetivo consistió en determinar los temas dominantes de sus historias narradas; los resultados sugieren que ambos adolescentes presentan temas de vida, que son comunes entre uno y otro, como los referidos a la persuasión y engaño, desprendimiento familiar, desvalorización parental, histrionicidad, adicciones, lealtad grupal, irrealidad, escape de las reglas, centrados en sí y alta emocionalidad.

Otra investigación se presentó en el Congreso XIII Congreso Mexicano de Psicología “La interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo”, que se efectuó del 19 al 21 de octubre del 2005 en la Ciudad de Acapulco, Guerrero; el tema de la ponencia fue “Taller con enfoque Narrativo para Adolescentes de Casa Hogar”; el resumen de los temas de este artículo ya se mencionó en un apartado anterior.

#### **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

##### **4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional**

La discusión y reflexión de los dilemas éticos de la práctica profesional, constituye una responsabilidad necesaria y constante de quienes ejercen la práctica clínica, ya que es prioritario resguardar los intereses y propiciar el beneficio del paciente y la familia, principalmente por la “relación asimétrica” que está implícita en toda relación terapéutica, ya que el profesional está provisto de mayor “poder e influencia” (López, 2004) en un contexto en el que el paciente ó familia se encuentran en una situación de crisis y confía plenamente en profesional; lo que puede suscitar abusos ó negligencia.

Existe un código ético avalado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar que nos rige en el ineludible compromiso social y profesional de favorecer el beneficio del paciente; sin embargo, en algunos casos críticos es necesario exponer a un debate fundamentado determinadas situaciones complejas que no son directamente resolubles; como el que plantea la violencia familiar, en donde la autonomía de la paciente se ve restringida por su exposición prologada a experiencias de abuso físico y emocional, que ha sido diagnosticado como Síndrome de la Mujer Maltratada, y que por ende se encuentra afectada su autodeterminación por dicha condición, lo que lleva a plantear ¿hasta qué punto el profesional debe conducir a la paciente a una mejor calidad de vida,

aún en contra de su propia “voluntad”? ¿hasta dónde se puede influir? ¿en qué áreas? ¿qué recursos personales de la paciente puede ponerse en acción? ¿cuáles necesita desarrollarse más? ¿cuáles familiares podrían ayudar? ¿qué apoyos institucionales se tienen? ¿cuáles son sus redes de apoyo? Me parece que este tipo de dilemas requieren de cautela y buen juicio, como la importancia de ir accediendo gradualmente en la vida de la persona e ir cediendo control y dirección en función de un análisis continuo del contexto particular de la persona.

Por otra parte, cada modelo de terapia familiar conlleva un actuar ético diferente; así tenemos modelo más sistémicos y directivos, como el estructural ó estratégico, en los que el terapeuta tiende más a hacer un balance de la situación familiar, conforme a una visión teórica preestablecida, e influir en la definición del objetivo de trabajo que considera más conveniente para la familia; en el otro extremos se encuentran los modelos más posmodernos y cooperativos, como el propuesto por el equipo reflexivo y colaborativo, en los que se fomenta la autonomía de la persona, y el terapeuta viene a hacer un compañero en esa desesperada búsqueda de sentido personal. Esta diversidad teórica constituye una ventaja y un desafío, solo si podemos desarrollar nuestro juicio ético para determinar cual modelo, en que familia y que contexto particular, es más útil en beneficio de la familia, así también, en el reconocer los alcances y limitaciones del mismo, ya que algunos casos requerirán la participación de otros profesiones e instituciones; así e.g. en los casos de familias en los que la violencia no puede ser detenida y está en riesgo la integridad física ó la vida de uno ó varios miembros; tendrán que participar las autoridades judiciales para detener la conducta con las restricciones y sanciones legales que nos rigen; o en los casos, que se presente adicción a las drogas de uno de los miembros de una familia, se necesitará la participación de especialista en este aspecto.

También, impresiona evidente que existen situaciones familiares en las que el terapeuta necesita tomar el control de la situación, principalmente cuando la familia atraviesa por una situación crítica y pareciera de momento carecer de una figura jerárquica definida, consistente y congruente que pudiera intervenir para amortiguar ese momento de caos. Sin embargo, existen modelos teóricos que se rehúsan a tomar tal postura en aras de favorecer la autonomía de la familia, como el modelo de milán, quienes confían en el poder, e.g., del cuestionamiento circular para producir cambios en la familia por si mismo; y hay otros modelos, como el narrativo, que independientemente del influjo que puedan tener como su intervención, primeramente garantizan la integridad de sus miembros, e.g. proteger a los indefensos en una situación de maltrato. También resulta importante plantearnos que tanto somos una cultura que es aparentemente insensible a la concientización de lo que necesitamos hacer para vivir en armonía, ya que pareciera que las reglas se rompen fácilmente y ni las sanciones judiciales pueden producir un cambio permanente, principalmente por la corrupción imperante; así entonces desde esta consideración podríamos plantearnos que tanto podemos beneficiarnos de los modelos que están más a favor de instigar procesos reflexivos ó si son los modelos más directivos y estratégicos los que mejor responderían a los problemas planteados por las familias de esta cultura.

Por otra parte, habría que considerar que tanto los modelos de intervención toman en cuenta las diferencias de género y de status socioeconómico y cultural al aplicarse; ya

que pareciera que existen técnicas que se descontextualizan; así e.g. “confirmar las sospechas del acusador a través de un acto de libre aceptación” del modelo de terapia breve, que pretende romper la pauta para resolver la queja ¿cómo puede beneficiar a una pareja cuando sus problemas pueden presentarse en un contexto donde sus derechos y obligaciones no son equitativos? Lo que nos lleva a plantear si es éticamente válido reducir una situación compleja a simples tareas de fórmula, si estamos respetando sus derechos y procurando el bienestar de sus miembros por igual.

Un tema más que me parece genera controversias éticas es el relacionado a la confidencialidad, que se refiere a la responsabilidad que tenemos los profesionales de guardar los secretos del paciente ó familia, hablar con la verdad y conducirnos leales en esa relación. Sin embargo, la aplicación de este principio es relativo, ya que como se mencionó, se presentan situaciones en la práctica clínica en los que se disfraza la verdad para que pueda ser asimilada por el paciente, ya que es común que tengamos que reservarnos nuestros comentarios personales y aún controlar nuestro ímpetu para confrontar aquellas que consideramos desviaciones evidentes, absurdas y destructivas del proceder del paciente, seleccionando aquellos trozos de información que consideramos son de utilidad al paciente y elaborando un discurso amable y elocuente; de ahí la asignación de nombres a tácticas que favorecen este proceder, como la connotación positiva, que adorna de benévolo lo que aparenta ser una “equivocación”; ó las implicaciones éticas del uso de la paradoja sistémica. Sin embargo, considero que si no actuáramos de tal manera se reducirían considerablemente nuestras posibilidades de influencia, lo único que nos queda argumentar a nuestro favor es que lo hacemos en beneficio del paciente, aunque siempre me he preguntado ¿si el paciente supiera de estos manejos tácticos de información, estaría de acuerdo?

En la práctica clínica se presentan diversos casos relacionados a la confidencialidad, como es el de una pareja que dejó ver subrepticamente un amorío extraconyugal al expresar un sufrimiento inusual por el despido de una compañera de trabajo, lo que se explicó terapéuticamente como el miedo a la pérdida del empleo en él y no se indagó esta suposición inicial directamente, por varios motivos, como la actitud culpabilizadora de él hacia su esposa, su tendencia de él a negar su responsabilidad en la relación y la crisis de la mujer, misma que parecía estar a punto del colapso; por lo que se utilizó la técnica “como si”, a lo que él pudo hablar de él “como si” fuera infiel, asumiendo también una posición más responsable, ya que entre los motivos responsabilizó al hombre de hacerlo; más tarde él dejó de acudir cuando su esposa encontró evidencia de la infidelidad, ante lo que ella se planteó seriamente la idea de la separación; lo que hace plantearnos ¿Qué tan éticamente válido es dejar de lado ó abordar indirectamente un asunto, que el terapeuta considera que la familia no está lista de momento para trabajar? ¿nos hacemos cómplices de un secreto ó simplemente preparamos a la familia para afrontarlos? ¿cuándo es válido plantearlo directamente? ¿tenemos el deber ó derecho de aumentar la crisis por la que atraviesa la familia?

Las consideraciones éticas tienen que ver, como se dijo, con las posibilidades de las familias; ya que se espera que se busque el beneficio del P.I. y la familia; aunque en algunos casos esto está restringido por la situación socioeconómica, laboral y social, etc., de esta y en diversas ocasiones no se pueden cumplir tan fácilmente los objetivos de trabajo que solicitan; así se tuvieron dos casos de violencia familiar, en los que las

mujeres se plantearon inicialmente su interés de divorciarse y posterior al proceso, decidieron permanecer en estas relaciones, en parte por las condiciones limitativas que ellas refirieron (mayores de 40 años) y no teniendo una fuente de ingreso económica segura para ellas mismas y sus hijos, aunque con la disposición de llevar a la práctica aquellas *excepciones* que les permitían reducir los riesgos de maltrato emocional (el físico había cesado); por lo que de momento no podían cambiar su situación física y material, pero si lograr respeto y apoyo de su pareja e hijos mediante acciones que les resultaron eficaces en el pasado.

Otro de los dilemas éticos planteados se refiere a precisar cuál es la prioridad ¿individuo ó familia? Ya que pareciera que los modelos de terapia familiar sistémica esta diseñados de tal manera que sacrifican al individuo en beneficio de la familia; sin embargo, me parece que esta idea se desprende de una falta de conocimiento de los modelos de terapia familiar, y más aún de los modelos más actuales (e.g. colaborativo); ya que si bien es cierto que se favorecen en algunos modelos, e.g. la jerarquía de los padres, esto no significa que los hijos estén subordinados a las exigencias de los padres, ya que se cuida que ambas partes pueda satisfacer sus demandas en un ambiente de negociación y respeto, a pesar y respetando las diferencias jerárquicas, de hecho Minuchin, cuando encontraba un miembro con menos poder y que por ende estaba expuesto al abuso, reorganizaba a la familia de tal manera que este pudiera tener una posición más segura y de dignidad.

Un aspecto ético interesante, que es poco frecuente tema de reflexión en la residencia de terapia familiar, tiene que ver con este conocimiento que el terapeuta necesita tener de si mismo en todo momento, de su propia: historia, valores, prejuicios, roles, cambios, posibilidades y limitaciones; de tal manera que se evite un riesgoso proceso contratransferencial con el paciente identificado y la familia (López, 2004), es por ello que los que nos dedicamos a esta delicada y comprometida profesión requerimos buscar espacios para una continua reevaluación de nosotros mismos en este sentido, por la que aprendamos a delimitar que es lo nuestro y que es lo del otro, sin perder esa capacidad de empatía y comprensión que son esenciales para la convivencia humana, de lo que no podemos negar, tal como la segunda cibernética lo teorizo, que al relacionarnos con los otros, vamos acompañados inevitablemente de lo que particularmente somos. Esta comprensión, indudablemente favorecerá nuestro compromiso ético en la práctica clínica.

Se concluye que ha sido de fundamental importancia que las consideraciones éticas en el ejercicio profesional de la terapia familiar sea regulado por un código formalmente establecido y regido por una asociación seria y jurídicamente constituida, como es la Asociación Mexicana de Terapia Familiar; con la finalidad básica de proteger los derechos de los usuarios del servicio, mediante regular éticamente la práctica clínica de los profesiones en terapia familia, esto principalmente por el tipo de relación que implícitamente se da y que puede resultar abusiva ó negligente por su carácter asimétrico. Asimismo, la ética puede ser mejor entendida en la particularidad de un problema concreto y real, esto se hace más evidente cuando surgen dilemas éticos en la práctica clínica, los que necesitan ser dados a conocer entre los especialistas en terapia familiar, para que con base a diversos criterios; como valores universales, culturales, económicos, históricos, etc., puedan tomarse las mejores decisiones en beneficio de la familia; ó al menos procurando no hacer daño.

#### **IV. CONSIDERACIONES FINALES**

##### **1.- Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas**

La preparación adquirida en la residencia en terapia familiar sistémica y posmoderna, cumplió con los objetivos estipulados en el programa de estudios, ya que favoreció, de manera eficiente y con los más altos estándares de calidad, el desarrollo de habilidades y competencias en varias áreas; tales como: la adquisición de los fundamentos teórico-conceptuales de cada uno de los modelos de intervención, desde los primeros que se generaron hasta los más actuales; así también en el ámbito clínico, promovió la consecución de destrezas para la detección, evaluación y tratamiento de los problemas planteados por las familias y propició la búsqueda comprometida de soluciones oportunas y eficaces a sus demandas a partir de la consideración de sus propios recursos y contexto; promovió el desarrollo de habilidades para la investigación y enseñanza en la generación de conocimiento confiable y para su difusión en el ámbito comunitario y profesional; y el desarrollo de una visión sensiblemente humana de la ética y del compromiso social en nuestra labor clínica.

También, contribuyó al desarrollo de habilidades que son parte del proceso, aunque no se contemplan en el programa, como son aquellas que impulsan el desarrollo personal en el esfuerzo por optimizar el rendimiento en un programa que requiere excelencia académica, dentro de los límites de tiempo, espacios y recursos disponibles; que se refieren e.g. a la negociación, planeación, organización, liderazgo, iniciativa, trabajo en equipo y valores asociados, como los referidos a la tolerancia, el respeto, la responsabilidad, la esperanza e inventiva; lo que indudablemente nos compromete a ser mejores personas en diversos sentidos.

Por otra parte, me atrevería a proponer que se contemplaran otras temáticas que me parece podrían complementar nuestra formación, una de ellas tiene que ver con nosotros mismos en lo relacionado a nuestra historia de vida y en como pudiera estar impactando nuestra labor clínica, lo que evidentemente requerirá espacios terapéuticos de reflexión, arreglos que considero se verán compensados por una mayor conciencia en nuestra labor en beneficio de la familia y de nosotros mismos; ello no excluye considerar que existen residentes que pueden no requerir una reflexión de este tipo, lo que implicará que se plantee a juicio de cada cual. Otro tema que considero podría ser de utilidad es introducir artículos referidos a la historia de vida y familia de origen; ya que existen casos en los que el paciente pudiera estar reproduciendo roles ó intentando satisfacer necesidades pasadas, incrustados por un fuerte significado emotivo, en el presente, obstaculizando el proceso de cambio; situación que me parece no se contemplaba del todo en los modelos de intervención debido que las premisas que los sustentan dan prioridad al aquí y al ahora, por el enfoque de brevedad de la terapia. Finalmente, sugeriría introducir una asesoría básica relacionada al desarrollo de habilidades, e.g. para la venta de nuestros servicios a nivel institucional ó en la práctica privada, que incluya aspectos de administración de negocios, fuentes de financiamiento, etc.



## **2.- Incidencia en el campo psicosocial**

La maestría en terapia familiar es una de las formaciones profesionales que mejor responde a las demandas sociales de nuestro tiempo, ya que como se analizó a partir de datos sociodemográficos, existen un número importante de problemas, como la depresión en adolescentes que está relacionado de manera significativa con la dinámica de las familias; en los que interviniendo de manera oportuna y efectiva es posible realizar una labor preventiva, que impida que los problemas se agraven, así e.g. en lo referente al maltrato infantil es factible brindar información y apoyo a los padres que desconozcan las implicaciones de su práctica de crianza y que estén en la disposición de conocer formas alternativas de educar a sus hijos.

Es indudable que diversos problemas están estrechamente relacionados a la situación económica y social del país, como el impacto que tiene el desempleo en un padre de familia, que tiene la responsabilidad y es valorado por su capacidad de ser proveedor material; sin embargo, esto no puede desalentarnos en nuestros intentos de apoyar a las familias que se encuentran en crisis, ya que es posible favorecer la organización familiar para la búsqueda y optimización de los limitados recursos y coadyuvar para que la familia reconozca que es factible cumplir con sus funciones para el mantenimiento familiar a pesar de las restricciones. Así en varias investigaciones, que se resumieron en el tema: “análisis del campo psicosocial”, muestran que las amas de casa de zonas marginales que atraviesan por depresión, puede sobrellevarla y ser funcionales si cuentan con al menos una sola fuente de apoyo social.

## **3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total**

El análisis del sistema terapéutico total nos provee de una visión relacional más compleja y abarcativa, lo que amplía nuestro campo de acción para promover cambios significativos en la familia desde el balance que se plantea bajo varios sistemas; es por ello que esta evaluación constituye una de nuestras herramientas fundamentales para incidir favorablemente en la familia, y en los sistema involucrados; conforme a lo cual se harán comentarios al respecto.

Por un lado, la labor que desempeña el equipo terapéutico tiene una valiosa contribución, ya que provee múltiples visiones de una misma situación, abriendo la posibilidad de probar formas alternativas de solucionar un problema; es a la vez, una fuente de apoyo y aliento, principalmente cuando el terapeuta puede verse abrumado por la confusión que prevalece en la familia y pareciera estar siendo “absorbido”. El equipo terapéutico tiene su mayor influencia para la familia, en el modelo de terapia que se denomina “equipo reflexivo”, ya que cada participante terapeuta expresa su propia opinión, sin la intermediación del terapeuta, quien a menudo funciona como un filtro que puede excluir aquella información que pudiera servir a la familia, quien también se puede ver afectado por la saturación de información; así entonces, el equipo reflexivo es la experiencia más gratificante y enriquecedora que puede tener una familia, equipo y terapeuta; desafortunadamente, en la práctica puede resultar costoso por los escenario requerido y el número de terapeutas que se necesitan involucrar.

En lo que respecta a la labor del supervisor en los distintos sistemas, es fundamental en la formación clínica del residente; es el agente experto, que no solo conduce a los residentes en un proceso de terapia real, con su conocimiento de los modelos de intervención y su experiencia clínica; sino que posee la capacidad instruccional para guiar el proceso de aprendizaje, principalmente en aquellos momentos en que los residentes están comenzando y carecen de un conocimiento completo del modelo, así como de la experiencia con familias. El rol de los residentes, ya sea como parte del equipo terapéutico ó asumiendo el rol del terapeuta, en este sistema consiste en reconocer las reglas y los criterios de cada supervisor, así como el estilo peculiar para plantear los comentarios y dudas del caso al mismo, de tal manera que sean claros para el supervisor, por lo que es necesaria una atmósfera de respeto y confianza, que se va construyendo paulatinamente.

En lo relacionado al trabajo con el sistema familiar, constituye uno de los retos más grandes, principalmente al inicio, porque se nos ha acostumbrado a asumir una postura de experto, y no se desea quedar como descuidado ante la familia, principalmente por la influencia que uno espera tener con la misma para lograr cambios; por fortuna, al avanzar en el conocimiento de otros modelos, esta postura no es necesariamente única, existen otras, unas que pueden ser más de apoyo y cooperación con la familia, que a su vez nos pueden hacer sentir menos tensos, más confiados y más auténticos. Por otra parte, la interacción con las familias plantea habilidades por desarrollar, en mi caso particular, como el atender no solo el aspecto de contenido, sino también el relacional; el aprender a escuchar y a intervenir menos; el ser sensible no solo a la comunicación digital, sino también analógica; el estar activa en este proceso de retroalimentación, que se refleja en el ir con la familia, realizando ajustes para responder a las inquietudes de la misma, de que tal manera que nos encontremos alcanzando conjuntamente los objetivos de la familia. También me hice consciente de mi facilidad para trabajar con las mujeres, con las que considero logré buenas alianzas, pero no con los hombres, lo que sugiere que posiblemente requiera más habilidad y tacto para entender el mundo masculino, siendo mujer, es ese un gran reto futuro.

Finalmente, la terapia familiar sistémica y posmoderna, plantea el desafío que se desprende de esta visión, por la que requerimos reflexionar continuamente de nuestra posición asumida en varios sistemas.

#### **4.- Reflexión y análisis de la experiencia**

La experiencia que se generó de esta formación profesional es sumamente enriquecedora; es indudable que nuestra visión para interpretar los problemas humanos cambio radicalmente; también nuestra práctica profesional; nuestras capacidad de acción se amplió, no solo en el ámbito de las familias, sino en el de la comunidad social y profesional; el impacto también alcanzó lo que como personas somos, lo que influyó en nuestra sensibilidad para con las personas y familias.

Esta formación contempló una vinculación entre la teoría y la práctica, atendiendo a esas demandas pedagógicas que promueven un aprendizaje significativo; la que me parece

estuvo diseñada de tal manera que dio similar importancia a uno y otro aspecto, además de proveer unas instalaciones adecuadas y una plantilla docente competente y preparada, asignando un abundante número de horas de práctica supervisada para todos los modelos sistémicos y posmodernos. Es por ello, que los egresados de esta residencia podemos sentirnos más seguros y estamos más capacitados para el ejercicio profesional, que lógicamente no termina al egresar, sino que es para toda la vida; ya que el avance teórico está en evolución, por lo que requerimos actualizarnos continuamente, ese es indudablemente el desafío futuro.

## **5.-Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo**

Se modificaron importantes actitudes y prácticas cotidianas, se favoreció una relación diferente con los otros (e.g. compañeros, maestros, etc.), esta visión de las pautas, los ciclos y las reglas, se hacen presentes cuando se dan interacción, e intento incidir en mi propia conducta para favorecer una mejor comunicación y un mayor acuerdo, dentro de mis posibilidades y limitaciones, así como las del contexto. Uno de los modelos que más me sensibilizó fue el colaborativo, ya que me percibo más dispuesto a cooperar con los otros, a respetar y a entender el punto de vista de los demás, una premisa de este modelo que me es muy significativa, es la que afirma que “a la única persona que el terapeuta puede cambiar es a sí mismo”, por lo que me desisto de enfrascarme en la lucha simétrica de instigar y promover cambio en la familia, antes bien prefiero la invitación y los acuerdos basados en la reflexión y en las necesidades y deseos de la propia familia. Sé que mi postura puede cambiar un poco más cuando hago terapia, aunque creo que no se modifica mucho, quizá en la práctica clínica puedo ser un poco más directiva solo si la situación lo amerita.

En el campo profesional, evidentemente mis premisas han cambiado, proviniendo de un campo de trabajo básicamente jurídico, se me hace cada vez más difícil interpretar las situaciones linealmente, al igual el tratar de transmitir esta nueva visión a las autoridades institucionales es mucho más difícil; me encuentro más en la postura de apoyar a las familias que sufren, aún en los casos de padres y madres denunciados por maltrato infantil; intento dar más énfasis, aún en mis dictámenes psicológicos, a esta visión sistémica y contextual; me parece que esto no es del todo grato para quienes son responsables de impartir justicia, ya que pareciera que la consigna primordial es consignar y establecer sanciones legales. Es por ello, que esto es un reto institucional, afortunadamente tengo compañeros psicólogos que pueden entender parte de mi postura, principalmente cuando podemos debatir abiertamente un caso, también me hace pensar que hace falta este tipo de formación teórica en muchas instituciones, de toda la plantilla de psicólogos de mi institución, soy la única que he tenido la oportunidad de recibir este tipo de formación, por lo que hace falta mucho por hacer.

El campo de trabajo, abierto a este tipo de modelos teóricos, considero que es muy restringido, principalmente por la limitada difusión que han tenido dichos modelos y por el dominio de otros paradigmas psicológicos de corte más modernista, como el conductismo, cognoscitividad y los enfoques psicoeducativos. Es por ello, que la difusión e integración de los modelos sistémicos y posmodernos al repertorio teórico dominante,

constituye un enorme reto para los que hemos tenido la oportunidad y experiencia de conocer sus bondades y alcances; sin embargo, me parece que la tarea que implica vale la pena si con ello logramos que un mayor número de familias se puedan ver beneficiadas.

Finalmente, estar convencida que la formación profesional que adquirí en la residencia en terapia familiar sistémica y posmoderna, me dotó de las herramientas básicas para proporcionar un servicio de alta calidad; aunque esto no significa que la labor este concluida, ya que el conocimiento se encuentra en constante evolución y por ende tenemos el compromiso continuo de invertir en una continua actualización teórica y práctica clínica, aunque se requiere una, tal como esta residencia en terapia familiar lo imparte, que incida en una formación teórica renovadora vinculada a la práctica clínica, a la práctica supervisada, a la investigación y a la reflexión ética para que sea integral y eficiente.

*ANEXOS*

**ANEXO 1: GUIA INFORMATIVA PARA PADRES  
"POR EL DERECHO A UNA INFANCIA  
SIN MALTRATO"**

Elaborado por:  
Mtra. Mariana Gpe. Alvarez Antillon



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

**"POR EL DERECHO A UNA INFANCIA  
SIN  
MALTRATO"**

**"GUÍA INFORMATIVA PARA PADRES"**



**JULIO 2007**









En ocasiones las mamás y los papás requerimos alguna asesoría para mejorar la relación con nuestros hijos

Nadie mejor que nosotros podemos enseñar buenas conductas en nuestros hijos, ellos dependen de nosotros y son nuestra responsabilidad

Recuerda podemos corregir con *Amor*

## POR EL DERECHO A UNA INFANCIA SIN MALTRATO

La mayoría de papás y mamás aman a sus hijos y desea que se desarrollen y sean felices, pero ¿Qué pasa cuando los lastiman con malos tratos?

Existen situaciones que pueden propiciar que maltratemos a nuestros hijos, por ejemplo:

- Aceptamos la creencia popular de que el castigo creará niños y niñas, buenos y obedientes.
- Nuestros hijos se comportan incontrolables
- Estamos tensos e irritables
- Depositamos expectativas poco realistas en nuestros hijos
- Hay problemas con alcohol ó drogas en los papás

¿Cuáles son otras formas de maltrato, además de los golpes?

- Cuando los ridiculizamos u ofendemos



- Le colocamos etiquetas devaluativas; como tonto, burro, etc.
- Los avergonzamos delante de los demás
- Negamos ó reprimimos sus sentimientos, amenazándolos con golpearlos si los expresan
- No satisfacer sus necesidades básicas; como de alimento, higiene, seguridad, educación, etc.
- Abandonarlos e ignorarlos



#### ¿ A que instituciones podemos acudir?

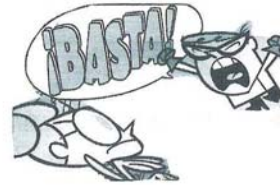
- ✓ Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila": Av. Universidad # 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán; tel. 56222309
- ✓ Clínica de la Conducta: Av. Presidente Masarik # 526, Col. Polanco; tels. 52307609; 52307603 ó 07
- ✓ Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", SSA: San buenaventura # 86, Col. Belisario Domínguez, Zona de hospitales, Tlalpan; tels. 55138248, 55734860
- ✓ Instituto Nacional de Pediatría: Av. Insurgentes Sur # 3700-c, Col. Insurgentes Cuicuilco; tel. 10840900
- ✓ Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL): 52598121

- Evitar sentir lástima por el niño y por ende sobreprotegerlo
- Hablar menos y actuar más, evitar sermonear, hablar solo lo necesario de manera amistosa
- Rehusarse a pelear ó rendirse, esto con el objetivo de ayudar al niño a ser responsable de su propio comportamiento.



**¿Qué suceden cuando los niños persisten en emitir una conducta incontrolable pese a nuestros esfuerzos?**

Es buena idea buscar la asesoría de un especialista, existen diversas instituciones que ofrecen servicios psicológicos, psiquiátricos y familiares.



**¿Es el maltrato una medida efectiva para corregir a nuestros hijos?**

Si bien es cierto que el efecto desagradable que produce el castigo disminuye la mala conducta cuando este se aplica, tiene una serie de desventajas que eliminan sus beneficios, como:

- Aumenta gradualmente el miedo y la confusión en los niños, deteriorando el proceso de aprendizaje
- Puede provocar comportamiento agresivo en el niño ó niña, ya que produce enojo en ellos
- Favorece la culpa, vergüenza, inhibición y propicia un autoconcepto negativo en el niño ó niña



- No enseña una forma alternativa de conducta, solo lo que no se debe de hacer
- Favorecer conducta de evitación ó escape en el niño; así puede mentir ó huir para evitar el castigo
- Puede alentar el mal comportamiento al proporcionar atención negativa al niño

**¿De que otra manera impacta el castigo la vida de nuestros hijos?**

**El maltrato propicia a largo plazo un estado emocional, que puede ser determinante de la personalidad, puede producir:**

- Timidez y retraimiento
- Tristeza y apatía
- Incapacidad para experimentar placer
- Ansiedad
- Inseguridad
- Baja autoestima

- Si se opta por las consecuencias lógicas y naturales en la corrección de la conducta, permitir que el niño las experimente
- Ser firme y cariñoso al aplicar las consecuencias
- Escuchar sensatamente los motivos del niño, para saber cuando una consecuencia no aplica
- Actuar para proteger en situaciones que implique daño ó peligro para el niño, solo se actúa lo necesario sin llegar a lastimarlo
- Aplicar las consecuencias de manera suficiente, es decir sin exagerar
- Ser consistente al aplicar la consecuencia convenida, de tal manera que el niño sepa lo que espera del papá ó mamá
- Mostrar respeto por el niño, aunque no se acepte su conducta
- Estimular la independencia, evitar hacer cosas que el niño puede hacer por si mismo

- Expresar el afecto, como abrazos, besos, palmaditas en la espalda
- Dedicar tiempo para convivir con el niño en actividades que le gusten e interesen, al menos una vez a la semana
- Favorecer la responsabilidad y autocuidado de nuestros hijos, estableciendo tareas y actividades en tal sentido



**Al establecer las normas y límites de conducta, considerar:**

- Que quede claro al niño que se establecen normas para favorecer la conducta del niño en beneficio del mismo
- Establecer consecuencias en la conducta del niño, basadas en el retiro de premios y privilegios

- Depresión

**¿Por qué los niños se portan mal?**

Existen diversas explicaciones, algunas interpretaciones proponen que este surge de la necesidad de afecto y atención que tenemos todos los seres humanos, y que no esta siendo satisfecha en el niño y niña, ya sea por carencias ó excesos, lo que provoca que experimenten frustración y desaliento. El psiquiatra Dreikurs mencionó 4 motivos para que el niño se porte mal:

- El deseo de que se le preste atención, si no la obtienen de manera positiva, la buscarán de manera negativa
- Recuperar su sensación de valía, buscando "poder", mediante hacer lo que él quiere y exigiendo a otros que hagan lo que el quiere; desafiando cada vez con mayor intensidad.
- Por un impulso de revancha, ya que el niño esta convencido de que no es digno de ser querido y se sienten importante cuando molesta a otros tanto como creen haber sido molestado



- Cuando se siente insuficiente, ya que ha perdido la esperanza de obtener afecto, trata de que nadie espere nada de él, no responden, ni se interesa en algo



¿Qué otras alternativas han sido útiles para corregir a nuestros hijos?

Primeramente la actitud que asumamos con nuestro hijos es muy importante, algunas sugerencias al respecto son:



- Mostrar a nuestros hijos que son considerados ó tomados en cuenta por sus contribuciones útiles al hogar
- Ejerce control en nosotros mismos, no poniéndonos violentos y retirándonos de la lucha de poder con los hijos
- Entender que en ocasiones nuestros hijos se sienten desalentados y desanimados
- Mantener la calma y mostrar la buena voluntad
- Eliminar toda censura y enfocar los comentarios sobre las buenas cualidades de nuestros hijos
- Hablar con ellos en una atmósfera amigable, no culpabilizando ó exigiendo

**ANEXO 2: TRIPTICO INFORMATIVO  
"POR EL DERECHO A UNA INFANCIA  
SIN MALTRATO"**



*ES POR ELLO QUE DEBEMOS ACTUAR  
PARA COMBATIR EL MALTRATO  
INFANTIL*

¿A quien podemos acudir para  
solicitar asesoría?

✓ Puede acudir a un especialista  
en Psicoterapia familiar ó  
Psicoterapia Infantil

Ó bien solicitar el apoyo de alguna  
Institución de Asistencia Social  
como:

✓ Centro de Servicios Psicológicos  
"Dr. Guillermo Dávila": Av.  
Universidad # 3004, Col. Copilco  
Universidad, Coyoacán; tel.  
56222309

✓ Clínica de la Conducta: Av.  
Presidente Masarik # 526, Col.  
Polanco; tels. 52307609;  
52307603 ó 07

✓ Instituto Nacional de Pediatría:  
Av. Insurgentes Sur # 3700-c, Col.  
Insurgentes Cuicuilco; tel.  
10840900

✓ Sistema de Apoyo Psicológico  
por Teléfono (SAPTEL): 52598121

En ocasiones las mamás y los  
papás requerimos alguna  
asesoría para mejorar la  
relación con nuestros hijos

Nadie mejor que nosotros  
podemos enseñar buenas  
conductas en nuestros hijos,  
ellos dependen de nosotros y  
son nuestra responsabilidad

Recuerda podemos corregir con  
Amor



Elaborado por:  
Mtra. Iliana Gpe. Alvarez  
Antillón

2007



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO

"POR EL DERECHO A  
UNA INFANCIA  
SIN MALTRATO"





Los altos niveles de incidencia del Maltrato Infantil en la Familia la colocan como un importante problema de Salud Pública, principalmente por las graves consecuencias que puede traer en el desarrollo de los niños.

Es por ello que en 1998 la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó la promulgación universal de los Derechos de los Niños.

Asimismo, nuestro sistema jurídico resguarda el cumplimiento de leyes que resguardan los derechos infantiles (artículos 169-200 del Código Penal vigente para el D.F.).

### ¿Qué es el maltrato infantil?

El maltrato infantil es una relación de abuso de poder ó descuido que ejerce el adulto sobre un niño, en una situación en la que a dicho adulto le fue asignada la responsabilidad del cuidado y protección del niño, y cuyas conductas ocasionan daño físico ó psicológico a este, ya sea por acción u omisión.

### ¿Cuáles son las formas más comunes de maltrato infantil?

⇒ El abuso físico se refiere a todas aquellas lesiones que provoca el adulto cuando agrede físicamente a un niño, tales como moretones, quemaduras, luxaciones, fracturas; las que pueden causar discapacidad, secuelas físicas e incluso la muerte. El abuso físico a su vez provoca daño emocional, como desconfianza, temor, inseguridad, depresión, conductas agresivas, etc.

⇒ El abuso emocional se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica, tales como insultos, burlas, desprecios, críticas ó amenazas de abandono; así como constante bloqueo de las iniciativas infantiles, que puede llegar al encierro ó confinamiento, por parte del adulto responsable.

⇒ Abuso por descuido se refiere a que los padres, tutores ó adultos no proporcionan a los niños los cuidados y elementos indispensables para su crecimiento y desarrollo como alimentación, atención, médica, educación. Las secuelas dependerán del grado de descuido, pudiendo provocar enfermedades crónicas ó la muerte.

⇒ Abuso por abandono se refiere al hecho de que se deje a los niños solos por largos periodos de tiempo, ya sea dentro ó fuera de la casa, con el pretexto de que

no tienen quien los apoye en el cuidado de los mismos. Este tipo de abuso propicia el fenómeno de niño de la calle.

⇒ El abuso sexual se refiere a una clase de contacto sexual con un niño por parte de un familiar, tutor ó adulto, con el objeto de obtener la excitación y/ó gratificación sexual del adulto. La intensidad del abuso puede variar desde la exhibición sexual hasta la violación.

⇒ El abandono emocional es la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectiva del niño, ausencia de contacto corporal, caricias, etc. e indiferencia frente a los estados emocionales del niño.

⇒ Niños testigos de violencia, se da cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a los que son víctimas de abuso.

### ¿Cómo afecta el maltrato a los niños?

El maltrato propicia a largo plazo desajustes emocionales significativos, como: timidez y retraimiento, tristeza y apatía, ansiedad, inseguridad, baja autoestima, depresión, problemas de conducta y escolares y enfermedades psicosomáticas, etc.

## Referencias Bibliográficas

Alvarez y Ruiz (2003). Adaptación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) a partir de una muestra de 120 estudiante mexicanos. Estudio no publicado realizado para acreditar la materia "Medición y Evaluación I" de la Residencia en Terapia Familiar, dirigido por el Dr. Javier Aguilar Villalobos.

American Association for Marriage and Family Therapy (1991). AAMFT Code of Ethics. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andersen, T. (1994) Equipo Reflexivo, Diálogos y diálogos sobre diálogos. Barcelona: Gedisa.

Anderson H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu. 27-37, 136-222, 309-317

Anderson, H. y Levin, S. (1997). "Collaborative conversations with children". En Smith, C. (Comp.) *Narrative therapies with children and adolescents*. New York, Guilford press.

Anderson (2001a) "En la montaña rusa, un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración". En Friedman, S. (comp.) *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. (2001b) Postmodern collaborative and person-centred therapies, what would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23, 339-360.

Anderson, H. y Davis, J. (2001) "Tekka con plumas, conversar sobre la conversación acerca del suicidio". En Friedman, S. (comp.) *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.

Anderson A.S. y Sabatelli M.R. (1992). The differentiation in the family system scale (DIFS). *The American Journal of Family Therapy*, 20, 1, 77-89

Asociación Mexicana de Terapia Familiar y de Pareja (1997). *Código Ético*. México, Comisión de Honor y Justicia de la AMTF

Barcelata E.B. y Alvarez A. I. (2005). Patrones de interacción de padres y madres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8, 1, 35-46.

Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Planeta.

Beltrán, R.L. (2004) "El enfoque colaborativo y los equipo reflexivos". En Eguiluz, L.L.(Comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax México, 197-202.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Argentina: Amorrortu editores.

Cade, B. y O'Hanlon, H. W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Campos, R. (2005, Noviembre). Violencia familiar: La complicidad del silencio. Recuperado el 17 de junio de 2008, [http://64.233.167.104/search?q=cache:RLVzUZs8ji4J:www.consulta.com.mx/interiores/99pdf/12\\_mexicanos\\_pdf/mxc\\_NA20051113\\_Violencia Familiar.pdf](http://64.233.167.104/search?q=cache:RLVzUZs8ji4J:www.consulta.com.mx/interiores/99pdf/12_mexicanos_pdf/mxc_NA20051113_Violencia+Familiar.pdf)

Cecchin, G. (1992) "Construcción de posibilidades terapéuticas". En Neimeyer, A.R. y Mahoney, M.J. (comps.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 111-119.

Consejo Nacional de Población. (2005, 7 de enero). Mujeres jefas de familia no tienen escolaridad. Recuperado el 12 de mayo de 2008, [http://www.mujereshoy.com/secciones/117.shtml/archivos en html](http://www.mujereshoy.com/secciones/117.shtml/archivos%20en%20html).

Corsi, J. (comp.) (1999). Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Argentina, Buenos Aires. Paidós.

De la Peña-Olvera, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45, 1, 124-131.

Desatnik M. O. (2004) "El modelo estructural de Salvador Minuchin". En Eguiluz, L.L. (Comp.) *Terapia Familiar*. México, Pax México.

Dohmen, M.L. (1994). "Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada". En Corsi, J. (comp.) *Violencia Familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires, Paidós, 65-132.

Echeburúa, O. E. y De Corral, P. G. (1998). Manual de Violencia Familiar. Madrid: Siglo XXI.

Eguiluz, R. L. L. (2004). La terapia familiar en México. en Eguiluz, R. *Terapia Familiar*. México: Pax México, 225-253.

Espinosa S. M. R. (2004) "El modelo de terapia breve, con enfoque en problemas y en soluciones". En Eguiluz, L.L. (comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax México.

Fisch R., Weakland J.H. y Segal L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Fleuridas C., Nelson S. T. y Rosenthal M.D. (1986). The evolution of circular questions training family therapists. *Journal of marital and family therapy*, 12-2, 113-127

Galicia M. I. (2004) "Terapia estratégica". En, Eguiluz, L.L. (comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax México.

Gaviria, S., Rodríguez M.A. y Álvarez, T.(2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*. 40,1, 4-10.

Glaserfeld, E. (1998) ¿Qué podemos saber de nuestro conocimiento? En, Elkaim, M. (Comp.) *La terapia en transformación*. Barcelona: Paidós, 161-165.

Gonzalez, G., Azaola, E., Duarte, M. P. y Lemus, J. R.(1993). El maltrato y el abuso sexual a menores, una aproximación a estos fenómenos en México. México, UAM, UNICEF y COVAC.

González-Forteza C., Villatoro V. J., Alcántar E. I., Medina-Mora ME., Fleiz B.C., Bermúdez L. P., y Amador, B. N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México, 1997 y 2000. *Salud Mental*. 25 (6), 1-12

Guattari, F. (1998) “Las disposiciones de observación”. En, Elkaim, M. (comp.) *La terapia en transformación*. Barcelona: Paidós, 165-169.

Guibert R.W. y Torres M. N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 5, 452-60.

Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Heinz von Foerster (1998) “Observar la autorreferencia en emergencia”. En, Elkaim, M. (Comp.) *La terapia en transformación*. Barcelona: Paidós, 149-153.

Híjar M. M., Flores R. L., Valdez S. R. y Blanco J. (2002). Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Pública de México*, 45,4, 252-258

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1992) “Una postura reflexiva para la terapia familiar”. En Neimeyer, A.R. y Mahoney, M.J. (Comps.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 25-41.

INEGI, INMUJERES, FNUAP, OPS/OMS, pnud, UNICEF, UNIFEM 2000-2002. (2003, septiembre). El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre, familia, hogares y vivienda en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información. Recuperado el 14 de septiembre de 2004, de <http://www.inmujer.df.gob.mx/numeralia.htm>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2005). Distribución porcentual de divorcios y matrimonios en México, 1970 a 2005. Recuperado el 12 de mayo de

2008, de [http, //www.cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/divorcios/matrimonios/archivo](http://www.cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/divorcios/matrimonios/archivo) en html.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2005). Distribución porcentual de los hogares por tipo y clase de hogar para cada sexo del jefe, 1950 a 2005. Recuperado el 12 de mayo de 2008, de [http, //www.cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/hogares/archivo](http://www.cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/hogares/archivo) en html.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006, 30 de marzo). Estadísticas a propósito del día internacional de las trabajadoras del hogar, Datos nacionales. Recuperado el 12 de mayo de 2008, [http, //www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/ espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/trabajadoras06.pdf](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/trabajadoras06.pdf).

Kazdin, A. (2000). *Psychoterapy for children and adolescents*. New York: Oxford University Press

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Argentina: Paidós.

Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una Intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 46,5, 378-387.

Lax, D. W. (1992) "El pensamiento posmoderno en la práctica clínica". En Neimeyer, A.R. y Mahoney, M.J. (comps.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 93-107.

López, N. P. (2004). *Ética en el Ejercicio profesional de la Psicoterapia Sistémica de Terapia Marital y de Familia*. Manuscrito no publicado, proporcionado como material didáctica de la asignatura "Intervención clínica y ética" de la Residencia en Terapia Familiar, impartido por la Dra. Patricia López Negrete.

Loredo A. (1994). *Maltrato al Menor*. México: McGraw-Hill.

Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Maturana H. (1998) "Observar la observación". En, Elkaim, M. (comp.) *La terapia en transformación*. Barcelona: Paidós, 155-161.

Medina M. ME., Borges G., Lara M. C., Benjet C., Blanco J. J., Fleiz B. C., Villatoro V. J., Rojas G. E., Zambrano R. J., Casanova R. L., Aguilar-Gaxiola S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios, Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4, 1-16.

Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Mora-Ríos, J. e Ito Sugiyama M. E. (2005). Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbano-marginal. *Salud Pública de México*, 47,2, 145-154.

Musitu G., Buelga S., Lila M. y Cava M., (2001). Familia y adolescencia. España, Síntesis.

Neimeyer R.A. y Mahoney M.J. (1995). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Nuño, G. B y Flores, P. F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, 27,4, 26-34.

O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W. (1989). *Raíces profundas, principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Buenos Aires: Paidós.

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

Papalia, D.E. y Wendkos, S. (1988). Psicología del desarrollo. México: McGrawHill.

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

Perrone, R., Nannini, M. (2000). Violencia y abusos sexuales en la familia. Barcelona: Paidós.

Rivera, H. M. E. y Andrade P. P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 2, 23-40.

Rodríguez, O. (1997) Factores de riesgo en el maltrato infantil. En *Revista Psicológica. Síndrome del Niño Maltratado*. México: Gedisa Mexicana, 21,12-14.

Roque, H., Carrillo, P. y Castillo, R. (1997a) Antecedentes históricos del maltrato infantil. *Revista Psicológica. Síndrome del Niño Maltratado*, 21, 3, 2-6.

Roque, H., Carrillo, P. y Castillo, R. (1997b) Causas y fenómenos del síndrome del niño maltratado. En, *Revista Psicológica. Síndrome del Niño Maltratado*, 21, 3, 15-32.

Ruiz, T.G. (2007, 28 de Febrero). Adolescencia, maternidad y muerte. Recuperado el 12 de mayo de 2008, de <http://www.mujerestam.com/nota>.

Sábanes, F. (1990). La depresión. Barcelona: Emeka

Saddler, L.S. (1977). The CES-D Scale, A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401

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

Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal: Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (2007, Abril-Junio). Estadísticas sobre Violencia Familiar. Recuperado el 17 de junio de 2008, <http://www.equidad.df.gob.mx/violencia/estadistica.html>.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata. G. (1980). "Hypothesizing-Circularity-Neutrality, Three Guidelines for the Conductor of the Session". *Family Process*, 19.

Selvini, P. M., Prata, G., Boscolo, L. y Cecchin, G. (1982). *Paradoja y Contraparadoja*. México: Paídos

Selvini, M. (1990) "Las primeras experiencias de terapia familiar como psicoanalista". En, Selvini, M. (comp.) *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli*. México: Paidós.

Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Stengers I. (1998) Del "Se" al "Yo". En, Elkaim, M. (comp.) *La terapia en transformación*. Barcelona: Paidós, 169-174.

Steve de Shazer (1989). *Pautas en terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.

Steve de Shazer (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Suárez, L. S. (1994). "Abordaje interdisciplinario del síndrome de la mujer maltratada". En Corsi, J. (comp.) *Violencia Familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires, Paidós, 133-168.

Tomm, K. (1988) Interventive Interviewing, Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions? *Family Process*, 27-1, 1-15.

Von Bertalanffy (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, H.J., y Fisch R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.

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

White, M. (2002). Reescribir la vida. España: Gedisa

White M. y Epston D. (1993). Medios Narrativos Con Fines Terapéuticos. Barcelona: Paidós.

Wittezaele, J.J. y García, T. (1994). *Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.