



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

---

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

**GÉNERO, PODER Y VÍNCULOS FAMILIARES**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**MARINA GIANGIACOMO BOLZÁN**

**DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ**

**COMITÉ TUTORIAL: DR. JORGE MOLINA AVILÉS  
DR. JAIME WINKLER PITOWSKY  
DR. IGNACIO RAMOS BELTRÁN  
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA**

**MÉXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE, 2009**



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.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Análisis del campo psicosocial y problemáticas en la que incide el trabajo del terapeuta familiar.....</b>	<b>3</b>
1.1. Características del campo psicosocial y principales problemas que presentan las familias.....	3
1.2. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	11
<b>2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.....</b>	<b>15</b>
2.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila .....	16
2.2. Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro.....	18
2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” .....	22
<b>II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR.....</b>	<b>27</b>
<b>1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....</b>	<b>27</b>
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica.....	27
1.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia posmoderna.....	48
<b>2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica.....</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Modelos sistémicos.....</b>	<b>53</b>
2.1.1. Modelo Estructural.....	53
2.1.2. Modelo Estratégico.....	69
2.1.3. Modelo de Terapia Breve (MRI).....	81
2.1.4. Modelo de Milán.....	88
2.1.5. Modelo de Soluciones.....	95
<b>2.2. Modelos Posmodernos.....</b>	<b>102</b>
2.2.1. Modelo Narrativo.....	102
2.2.2. Modelo Colaborativo y Equipos Reflexivos.....	108

<b>III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....</b>	<b>114</b>
<b>1. Género, poder y vínculos familiares.....</b>	<b>114</b>
<b>2. Habilidades clínicas terapéuticas: integración de expedientes de trabajo clínico por familia .....</b>	<b>128</b>
2.1. Reporte de Caso “MARÍA C.” (seudónimo).....	129
2.2. Reporte de Caso “Mariana” (seudónimo).....	153
2.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias.....	184
<b>3. Habilidades de investigación .....</b>	<b>189</b>
3.1. Reporte de la investigación cuantitativa.....	189
3.2. Reporte de la investigación cualitativa.....	199
<b>4. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria.....</b>	<b>210</b>
4.1. Productos tecnológicos .....	210
4.2. Programa de intervención comunitaria: Taller “Amores que matan. ¿Un paso adelante o un paso atrás?”.....	210
4.3. Participación y presentación en foros académicos.....	214
<b>5. Habilidades de compromiso y ética profesional. ....</b>	<b>216</b>
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>220</b>
<b>1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas .....</b>	<b>220</b>
<b>2. Incidencia en el campo psicosocial .....</b>	<b>222</b>
<b>3. Reflexión y análisis de la experiencia .....</b>	<b>223</b>
<b>4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo .....</b>	<b>229</b>
<b>V. REFERENCIAS .....</b>	<b>231</b>
<b>VI. ANEXOS .....</b>	<b>237</b>

## **Abstract**

The present thesis reflects the learnings and experiences lived during two years of formation in the master of family therapy, studied by me in the Universidad Nacional Autónoma de México.

In this document, you will find essential theoretical aspects of the systemic approach, as well as the main contributions of the postmodern bases. Also, the academical activities carried out are detailed as well as some of the clinical cases attended during those two years, supported by the theoretical framework concerning one important subject to me: gender-based violence.

Beyond this information, I take this opportunity to present the thoughts, agreements, disagreements, feelings and experiences that grew up in me since the beginning of this amazing trip. Because -besides the acquisition of theories, models, etc- I emphasize the opportunity I had to learn new forms to do therapy, new forms to look at and to build the world, with my group of companions as a safety net.

I write this document knowing the privileged place that I occupied during this time, the importance and joy of being a member of the UNAM community, and the affection and respect that this institution awakes in me.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo refleja los aprendizajes y experiencias vividos durante dos años de formación en la residencia en terapia familiar, cursada por mí en la Universidad Nacional Autónoma de México. Experiencia que, por supuesto, ha dejado una huella imborrable que se cuela en diferentes aspectos de mi vida actual, tanto a nivel personal como a nivel profesional.

En este documento, se plasman aspectos teóricos esenciales del enfoque sistémico y del paradigma posmoderno, así como cuestiones específicas sobre los modelos de intervención que existen actualmente en este campo. Asimismo, se detallan las actividades académicas realizadas así como los algunos casos atendidos durante esos dos años, que se presentan aquí en forma de reportes clínicos, sustentados por el marco teórico pertinente al eje transversal que atraviesa ambos casos: la violencia basada en género.

El trabajo con este tipo de violencia se ha convertido en un eje central de mi práctica cotidiana; es un tema que me preocupa, conmueve, interpela. Por ello, la pertinencia de incluirlo aquí como aspecto clave, que atraviesa todo mi reporte.

Además, más allá de las cuestiones mencionadas, se presentan las reflexiones, acuerdos, desacuerdos, sentimientos y experiencias que se fueron gestando en mí desde el inicio de este provechoso viaje. Porque, más allá de la adquisición de conocimientos, teorías, modelos, etc, me quedo con la oportunidad que me dio este proceso de aprender nuevas formas de hacer terapia, nuevas formas de mirar y construir el mundo, con mi grupo de compañeros y compañeras como red de soporte, de contención.

Escribo sabiendo el lugar privilegiado que ocupé durante este tiempo, la importancia y gozo de poder considerarme miembro de la comunidad UNAM, y el afecto y respeto que esta institución despiertan en mí.

## **1. Análisis del campo psicosocial y problemáticas en la que incide el trabajo del terapeuta familiar.**

### **1.1. Características del campo psicosocial y principales problemas que presentan las familias**

Como terapeuta familiar, una de las primeras preguntas que surge en mi es “¿Qué es una familia?” Sabemos que muchas explicaciones han circulado sobre este concepto, y algunas de ellas serán tomadas en cuenta a lo largo de este trabajo. Sin embargo, me gustaría empezar con algo distinto.

¿Qué es una familia, PARA MI?

Familia... lugar de intercambio y encuentro múltiple. Enjambres extraños y fascinantes de interacciones por donde deambulamos, permanecemos, transitamos. Eslabón primordial en la construcción del tejido social. Es un lugar común decir que una familia es más que la suma de las partes; múltiples pensamientos y sentires, que fluyen facilitando la construcción del mundo, nuestro mundo. Una familia puede ser un espacio apropiado para poblarnos de voces, con la intensidad suficiente para construir nuestra subjetividad en el vínculo con los otros. En cambio, puede también ser un espacio destinado al malestar; un depósito de soledades, una sumatoria de discursos deshilvanados, de monólogos paralelos sin entrecruzamientos.

Dicen algunos autores que la familia puede ser el seno de fuertes contradicciones: tanto puede ser una unidad social que posibilita crecer a sus miembros, como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, violencia, etc. puesto que “allí donde circulan nuestros afectos mas grandes, pueden también emerger los sufrimientos mas intensos” (Perrone y Nannini, 2000, p.16).

Lo cierto es que hay familias y familias. Las hay de muchas formas y tamaños. Conservadoras y progresistas. Pequeñas y superpobladas. Funcionales y disfuncionales. En algunas, cada uno está donde debe estar y los padres<sup>1</sup> comandan el sistema; en otras, los niños funcionan como adultos y asumen la autoridad. Hay papás que actúan como hermanos o

---

<sup>1</sup> A lo largo de este documento, por cuestiones prácticas, se utilizará el masculino, sabiendo que se da cuenta de ambos géneros por igual.

como hijos de sus propios hijos. Hay familias con modalidades vinculares dominadas por la solidaridad o por el individualismo, el afecto o el intelecto...Y así podría seguir. Lo cierto es que cada familia es única y, por lo tanto, las variantes son infinitas.

El padre del enfoque estructural, Salvador Minuchin (1979), señala que la familia es una unidad de desarrollo psicosocial que enfrenta una serie de tareas que –por supuesto- pueden diferir teniendo en cuenta las diferencias culturales. La familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar. Para este autor, la familia cumple dos objetivos, uno interno, que se refiere a la protección psicosocial de sus miembros y otro externo, que implica la acomodación de sus miembros a la cultura, transmitiendo sus premisas, y permitiendo la perpetuación de ésta. En ese sentido, la familia funge como agencia de socialización, en la que sus miembros aprenden qué es lo permitido y qué no, en el seno de una cultura determinada.

De esta manera, la familia imprime a sus miembros: un sentido de identidad, relacionado con la pertenencia a determinado grupo humano, y un sentido de separación o individuación, que amplía la participación de los individuos a contextos extra familiares, necesario para el crecimiento de sus miembros en el proceso de adaptación a una sociedad en transición. Ante los cambios sociales, la familia se acomoda, resiste, se reconstruye y adapta, creciendo como grupo familiar, pero también cada quien como miembro individual.

Por su parte, Ceberio (2006) señala a la familia es uno de los pilares principales de la vida psíquica de las personas. Es la base de la constitución de un modelo relacional que permite crear otras relaciones (laborales, de pareja, de amistad, etc.) y la construcción de una nueva familia.

Por otro lado, en relación con la concepción que las sociedades occidentales poseen sobre la familia, Dabas (2003) se plantea una serie de cuestiones; la primera de ellas es la consideración de la familia como la organización social básica y primigenia de la estructura social. Se refiere al grupo de personas nucleadas por relaciones de parentesco (naturaleza biológica), alrededor de la forma monógama y heterosexual. Esta concepción lleva a concebir a la familia con la "forma natural" en la que se organiza la sociedad, por lo cual también se percibe como "natural" que ésta deba hacerse cargo primordialmente del sostén de los más



jóvenes. Bien sabemos que las políticas sociales y la sociedad en general, han delegado la responsabilidad de la crianza y socialización de los niños a las familias.

Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF (2002) define a la familia como una comunidad de personas relacionadas a través de lazos conyugales, filiales, fraternales o parentales, con funciones naturales y sociales orientadas hacia el desarrollo integral de sus miembros y al bien común de la sociedad.

Este mismo organismo nos recuerda algunos aspectos legales que vienen al auxilio al hablar de la familia. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establecida en 1948, menciona en su artículo 16 que los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia. Por su parte, la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social (1995) reconoce que la familia es la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en el desarrollo social y que, como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a sus derechos, la capacidad y las obligaciones de sus integrantes. La familia, en resumen, es la unidad básica de la sociedad y, como tal, debe reforzarse (DIF, 2002).

Ahora bien, más allá de estas definiciones generales, sabemos que la dinámica y estructura de cada familia varía según su estilo, el contexto socioeconómico-cultural-religioso en el que esté inserta y la época en que se desarrolle. La institución familiar está en permanente proceso de transformación y, empezando el siglo XXI, nos enfrentamos –muchas veces con sorpresa- a una multiplicidad de modalidades, algunas de las cuales quedan fuera de cualquier definición tradicional, como la de la familia “tipo” constituida por papá, mamá y dos hijos. En los últimos años, son notables los cambios en las estructuras familiares; cambios que van de la mano de los cambios socioculturales, es decir, del macrocontexto en el que está inserto la familia.

Ceberio (2006) plantea que estamos viviendo un momento de transición de paradigmas de estructura de la familia, y hace la diferenciación entre antiguas y nuevas estructuras familiares. Las familias antiguas son las formadas por las generaciones de comienzos del siglo pasado hasta la década del 60, y como lineamientos básicos postulaban ideas como: familias numerosas, matrimonios resistentes a la separación, fuerte jerarquía del hombre, madre abnegada, hombre periférico en la crianza de los hijos, gran distancia emocional entre padres e

hijos, entre otros elementos. Las nuevas estructuras familiares responden a los padres de la generación de los 60tas en adelante, y tienen de romper con dichas ideas, flexibilizándolas. Como ejemplos significativos, en estos nuevos modelos se aceptan las separaciones o divorcios, el trabajo de la mujer fuera del hogar, la participación del hombre en la crianza de las hijas, la convivencia sin necesidad de pasar por el matrimonio, etc. La idea central de su planteo radica en que aún no nos ubicamos en ninguno de los dos polos: ni desarrollamos estrictamente las pautas de las antiguas estructuras familiares, ni llegamos a consolidarnos en los códigos de las nuevas. Somos una generación de familias “en tránsito”, en las que danzan al mismo tiempo viejas estructuras de familia con las reglas de las nuevas estructuras.

Entonces, hoy en día, la familia asume diferentes formas y características de acuerdo al entorno social, geográfico, económico e histórico. Las familias en México presentan particularidades, que conviene desentrañar o conocer para poder trabajar en forma efectiva con ellas.

Lamentablemente, en un México con grandes sectores azotados por la pobreza, encontramos altos índices de violencia familiar, niñas y niños que trabajan desde pequeños, abuso de sustancias, entre otros. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática- INEGI informa que, en el 2002, una de cada tres familias padecía violencia; existían 140 mil niños en situación de calle, y se atendieron a 5,695 menores abandonados en la frontera; asimismo, se diagnosticaron, al menos, 16,000 casos de niños explotados sexualmente y hubieron 366,000 nacidos de madres adolescentes; de la totalidad de familias de México, el 20.6% de ellas lo encabezaban las mujeres (INEGI, 2002).

Entonces, sabemos que los problemas de violencia en el seno familiar están a la orden del día. Siendo los hombres los principales perpetradores de la violencia, el INEGI (2002) menciona que a nivel mundial, las estimaciones sobre violencia de género muestran que al menos:

- Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica.
- 25% sufre una violación o intento de violación.
- 25% de las niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- 25% de las mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.

- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Según 48 encuestas realizadas en todo el mundo, entre 10 y 69% de las mujeres indicó haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

En la zona metropolitana de la Ciudad de México, las cifras son escalofrantes y nos indican que:

- De acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) de 1999, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, uno de cada tres -que involucra a 5.8 millones de habitantes- sufre algún tipo de violencia familiar.
- La ENVIF identificó que los miembros de la familia más violentos son el jefe de la familia (49.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas más frecuentes en todos los tipos de maltrato fueron las hijas e hijos (44.9%) y la cónyuge (38.9%).
- La ENVIF reveló que de los hogares con jefe hombre, 32.5% reportó algún tipo de violencia; porcentaje mayor al que fue reportado en los hogares jefaturados por mujeres (22%).
- En los hogares donde se detectó maltrato emocional, sus expresiones más frecuentes fueron los gritos (86%), el enojo fuerte (41%) y los insultos (26%). En los 215 mil hogares donde se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones (46%), jaloneos (41%) y amenazas verbales (38%). Asimismo, en aquellos hogares en donde se identificó violencia física (147 mil), las formas que asumió este tipo de violencia fueron golpes con el puño (42%), bofetadas (40%), golpes con objetos (23%) y patadas (21%). Cabe señalar que los tipos de violencia no son excluyentes.
- En los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%).
- Los resultados revelan que sólo solicitaron ayuda 14 de cada 100 hogares (14.4%) en donde se registran actos de violencia. Los tipos de apoyo más requeridos fueron el psicológico y el de la iglesia.
- Por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y cuatro hombres. De los generadores de violencia, nueve de cada 100 son mujeres y 91 hombres.

- El DIF reportó 28 mil 559 menores maltratados atendidos en el año 2000. El tipo de maltrato más frecuente es el físico (31.2%), seguido de la omisión de cuidados (27.7%).
- Se calcula que, en la Ciudad de México, la violencia doméstica ocupa el tercer lugar en pérdida de años de vida saludable (AVISA), después de los problemas de parto y la diabetes -esta última es la primera causa de pérdida de AVISA-.

Otra de las cuestiones relevantes a la hora de hablar de la estructura familiar actual, consiste en retomar el papel de padres, madres y otros responsables del cuidado de niños y niñas, a la hora de criar a sus pequeños. En muchos casos, en nuestra actual sociedad en crisis imperan, a la hora de formar una familia, los modelos poco claros, los valores trastocados, la primacía del “qué me importa” y el individualismo. El sentido y el ejercicio de las funciones familiares pueden verse invadidos por la falta de parámetros precisos, la incertidumbre y la desorientación. Es frecuente encontrarnos con adultos perdidos en un mar de teorías sobre el desarrollo del niño, sobre cómo educar mejor a los niños y niñas, etc. Lo cierto es que nos encontramos, muchas veces, sin una brújula clara que nos permita, a la vez, otorgar claridad a nuestros hijos e hijas, construir pautas claras de convivencia, anclar valores sólidos pero flexibles, en pos del desarrollo de una dinámica familiar y personal con mayor grado de bienestar, de armonía.

Por otro lado, dentro los variados ámbitos de aplicación de la terapia familiar, considero relevante destacar algunas situaciones que desde mi punto de vista son o se convertirán en el corto plazo en retos para un terapeuta familiar.

Como he mencionado, considero que el tan nombrado fenómeno de la globalización y sus consecuencias, nos acercarán más que nunca a la diversidad familiar. Familias unidas, con un solo padre, reconstituidas, de homosexuales -por solo nombrar algunas de ellas- serán las familias con las que se encontrará el terapeuta familiar en su práctica cotidiana con mayor frecuencia. Por otro lado, la lucha que desde hace años se viene librando en pos de la equidad de género, sumadas a una realidad social y económica cada vez más paupérrima, ha traído y seguirá trayendo consecuencias en la organización de la dinámica familiar. Muchas parejas deciden voluntariamente no convertirse en padres, hecho que anula la posibilidad de trabajar con este enfoque a aquellos profesionales que consideran que una pareja no puede conceptualizarse como “familia”.

En esa misma línea, Falicov (1998) propone cuestionar la posición normativa de que la familia intacta u original es la familia correcta, y el divorcio, la familia monoparental o reconstituida significa una “falla” de la familia original. Por ejemplo, en el caso de las familias reconstituidas destaca que al ser un sistema más complejo es también un sistema que cuenta con mayores recursos. Una buena reformulación al respecto –menciona la autora- es hacer ver que en lugar de una familia tenemos dos, y que eso puede ser un elemento de vida más positivo que negativo, puesto que la complejidad brinda más alternativas.

Por otro lado, mujeres y hombres salen a trabajar y eso produce determinadas consecuencias en el funcionamiento de las familias y, consecuentemente, en su estructura. Pensando en un ejemplo cercano, en México vemos con frecuencia familias extensas, donde papá, mamá e hijos conviven quizás con los abuelos, o con algunos tíos, etc. Como bien señala Minuchin (1979), es muy importante que, como terapeutas, no nos guiemos por el prejuicio de que la “familia típica” (mamá, papá e hijos) es la que tiene el funcionamiento mas sano, o esperable. Si los roles están claramente delimitados, una familia extensa puede funcionar en forma adecuada y apropiada para sus miembros. Qué importante resulta, entonces, no atarnos a definiciones tradicionales, sino adentrarnos en las distintas realidades, explorarlas y pensar en cómo operar sobre ellas cuando algo no funciona.

Otros de los problemas podrían tener que ver con la relación entre la psicología y los aspectos culturales. Un ejemplo lo conforma el caso de los migrantes que deben adaptarse a una nueva cultura, muchas veces radicalmente distinta a la de origen.

Al respecto, Falicov (1998) señala que es importante destacar que el emigrante moderno o postmoderno -el emigrante actual- es diferente del de las primeras décadas de este siglo, en el sentido de que muchas veces el emigrante antiguo tenía que cortar completamente sus relaciones con su país de origen, y parte de su éxito cultural, emocional y adaptativo era el acomodarse completamente a la cultura receptora. Algunas de las teorías nuevas son más complejas en el sentido de que no son lineales y no exigen un despojamiento de los valores originales, sino más bien, una entrada hacia una integración o una mezcla híbrida donde no se pierden las culturas originales pero tampoco se conservan las formas intactas de las mismas, sin adquirir la nueva cultura de una forma total sino también de forma parcial. Como terapeutas, por ejemplo, esto exige un modelo de mucha mayor curiosidad acerca de cuáles son las

decisiones personales de cada familia en cuanto a qué elementos integrar de la nueva cultura y cuáles preservar de su cultura de origen.

Los problemas ético biológicos que se presentan cada vez con mayor frecuencia, a medida que proliferan sofisticadas tecnologías reproductivas en el contexto mercantil contemporáneo nos acercan a nuevas problemáticas en el campo de la terapia familiar. Una pregunta insiste en mis oídos “¿qué es ser un padre? ¿Qué es ser una madre?”. Para el sentido común, se trata seguramente de una pregunta excesivamente frontal y su respuesta es demasiado obvia, pero tal obviedad tambalea frente a los nuevos avances de la ciencia moderna: la proliferación de padres y madres, surgidos de un lugar nuevo para la cultura: las múltiples combinaciones posibles de óvulos, espermatozoides, donantes, portadoras del embrión en el vientre. Esta situación complejiza el tema a un punto insospechado hace algún tiempo atrás. Pienso, por ejemplo, en mi país de origen, Argentina, durante nuestra etapa más oscura, donde los siniestros actores del terrorismo de estado se apropiaron de tantos niños, luego de desaparecer a sus padres. Hacia finales de 1985, el grupo denominado “Abuelas de Plaza de Mayo” fundamentó la necesidad de un Banco de Datos Genéticos, como recurso para determinar la filiación genética de un ser humano, en especial, de los tantos nietos desaparecidos durante la dictadura militar. Ahora, en mi país, el énfasis está puesto en restituir esos niños y niñas a sus abuelos o familiares cercanos.

Finalmente, me interesa particularmente la posibilidad que tenemos los terapeutas familiares en el campo de la prevención primaria, relacionado con la resiliencia, tanto a nivel personal como familiar. En el mundo del “*sálvese quien pueda*”, ¿cómo podríamos colaborar en el desarrollo de la capacidad de resistencia de las personas ante las presiones destructivas del medio? ¿Cómo desarrollar competencias que permitan, aun en las más difíciles circunstancias, construir y desplegar conductas favorables para uno mismo y para el medio ambiente? Si el concepto de resiliencia pone el acento en los recursos, entonces podríamos fijar el foco de nuestra atención en las necesidades y recursos de las personas, familias y comunidades, para conocer mejor esas fuerzas y su capacidad de despliegue para idear soluciones.

Queda claro que, ante este complejo escenario social, las respuestas no pueden ni deben ser dadas unilateralmente, a través de esfuerzos aislados, sin coordinación. La propuesta consiste, por el contrario, en armar redes sociales, redes comunitarias, que propicien cambios sociales (muchas veces “de abajo hacia arriba”, diríamos), en coordinación con el

impulso de políticas públicas familiares, a fin de que el Estado y la sociedad tengan a la institución familiar como eje, motivo y fundamento de todas sus acciones. Si las familias son las células fundamentales de la sociedad, resulta casi evidente que es urgente e indispensable fortalecerlas y empoderarlas para que puedan superar la adversidad en los tiempos de crisis y ser gestoras de su propio desarrollo, protagonistas de su propia historia.

## **1.2. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.**

Una vez analizados algunos de los principales problemas que se presentan en las familias mexicanas, podemos plantear una segunda pregunta importante para quienes decidimos formarnos en esta especialidad: ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Terapia Familiar? Y, como corolario, surgen otras inquietudes: ¿Los terapeutas familiares solo trabajan con familias? ¿Cómo se diferencia la terapia familiar de otros enfoques? ¿En qué cosas se parecen?

Empecemos, entonces, por el final. La terapia familiar sistémica guarda, desde luego, ciertas semejanzas generales con otros enfoques. Sin duda alguna, dichas similitudes tienen que ver con que todos los enfoques, en tanto son aproximaciones terapéuticas a los problemas humanos, pretenden cambiar, mejorar, transformar la situación que un paciente o cliente presenta y vive, teniendo en cuenta principios éticos compartidos, y usando como marco de referencia el encuadre acordado entre ambas partes. Estos simples aspectos son, en realidad, cuestiones amplias, generales, que dan cuenta del quehacer terapéutico, desde todos los enfoques.

Sin embargo, la terapia familiar surge como un nuevo paradigma, que reordena algunas cuestiones de manera significativa, abriendo una perspectiva diferente para el trabajo psicoterapéutico con sujetos y grupos humanos. Es Bell quien acuña el término Terapia Familiar para designar una nueva modalidad terapéutica que considera a la familia como unidad de tratamiento (1953; citado en Ochoa, 1995).

Para entender cómo se diferencia la terapia familiar de otros enfoques, conviene recordar en primer lugar la consideración batesoniana de la mente, no como producto de un sistema nervioso contenido en un organismo, sino como conjunto de pautas de organización y

autorregulación de cualquier sistema (Wainstein, 1999). En este sentido, la mente no es ni mucho menos inmanente al individuo, sino un proceso distribuido social y ecológicamente. En el marco de la terapia familiar, se ve al individuo como una parte del sistema mayor que es la familia y se considera que la conducta no es independiente de las condiciones ambientales ni el producto de procesos intrapsíquicos, sino el resultado del interjuego entre las partes que interactúan (Stierlin et al., 1984).

La aplicación más directa e innovadora de este principio epistemológico a la terapia familiar consistió en desplazar el interés de las teorías psicológicas tradicionales del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. El foco de la intervención sistémica, tanto si en la sesión está presente toda la familia como si sólo se cita a un miembro, ya no es el individuo como supuesta fuente de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que el problema presentado adquiere sentido.

Centrando nuestra atención en fenómenos más amplios, se desplaza el trabajo del terapeuta desde la exploración de la vida intrapsíquica del paciente hacia la visión del mismo en un contexto interaccional significativo. No es sólo la psique individual lo que se pone en juego, sino aquellas estructuras que nacen de la interacción entre sujetos y que van más allá del individuo solamente.

Así, este enfoque considera a la familia como sistema central para el hombre; y se rige por un supuesto básico común: en el trabajo con un sujeto y su problemática, es necesario incorporar (en forma real o imaginada) el contexto de los otros significativos con los que el sujeto interactúa.

Además, esta perspectiva, en lugar de preguntarse por las causas del pasado individual que justifican un comportamiento actual, se cuestiona sobre cómo está organizado el significado del contexto interpersonal y los sistemas de creencias actuales de los participantes para que el comportamiento en cuestión sea adecuado, tenga algún sentido e, incluso, sea tal vez una de las pocas opciones posibles (Watzlawick y Nardone, 1990).

Por otro lado, en el pensamiento de sistemas, no hay términos absolutos ni certidumbres; la realidad y la verdad son circulares. Hay verdades más útiles para algunas familias, y son esas las verdades que permiten realizar cambios constructivos. La regulación y



organización circular se ha convertido en el fundamento sobre el que se apoya la terapia familiar (Papp, 1991).

La perspectiva sistémica, desde luego, contrasta con la habitual visión mecanicista-causal de los fenómenos. El pensamiento lineal ofrece un modelo monocausal para entender los fenómenos, buscando una causa para determinado efecto. Afirmar que el comportamiento de un individuo es causa del comportamiento de otro es una idea que sigue una lógica lineal defectuosa, ya que se puntúa arbitrariamente una situación que no es lineal, sino circular, aislando datos del contexto en el que dicha conducta surge. En el pensamiento circular, en cambio, la idea central es que ningún comportamiento aislado es causa de otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos. El pensamiento circular se relaciona, por supuesto, con los aportes de la cibernética y entiende que las relaciones familiares son recíprocas, pautadas y repetitivas (Ochoa, 1995).

En terapia familiar, la aplicación de un modelo circular permite entender cómo cada miembro de la familia influye en todos los demás, por lo que la conducta que presentan como problema, debe explicarse observando todo el sistema, integrando la red de relaciones en las que se halla envuelto. Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Es decir, los miembros de un sistema son elementos de un círculo de interacción.

Otro foco de interés es la consideración batesoniana de la interacción como fuente de información, y por tanto, como forma de comunicación. Esta noción llevó a este enfoque a desvincularse de aquellas teorías psicológicas que postulaban explicaciones energéticas del psiquismo humano. En su aplicación a la práctica clínica, los terapeutas familiares prefieren centrarse en la pragmática de la interacción familiar—un salto cualitativo del “por qué” al “cómo”. El objetivo de tal interés consiste en llegar a la formulación de una hipótesis sistémica sobre el problema de la familia, es decir, en terapia familiar no se formulan hipótesis sobre los orígenes históricos y evolutivos de la interacción disfuncional, sino que se dan hipótesis que conecten la conducta de cada miembro con la de todos los demás. Si bien en terapia familiar hablamos de “paciente identificado” (aquel que es presentado como el sintomático principal en la familia), también es cierto que desde el punto de vista sistémico, los síntomas

individuales solo se comprenden dentro del contexto de la interacción familiar, como una expresión de su estructura.

Así, cae el supuesto dogmático de que el descubrimiento de las causas reales del problema actual es una condición *sine qua non* para cambiar. Desde el paradigma que sustenta la terapia familiar, entendemos que el paciente está sufriendo no tanto por los propios recuerdos, sino por su incapacidad de hacer frente a los problemas reales que lo acechan en el aquí y ahora (Watzlawick y Nardone, 1990).

Otro aspecto central es que -desde este enfoque- se evitan los rótulos individuales, generalmente estigmatizantes. Papp (1991) señala que en terapia familiar no se considera que una persona “posea” determinadas características patológicas o problemáticas, sino que “manifiesta” o ejerce una conducta en relación con la conducta de otros. Se cuestiona el concepto de “anormalidad”, dado que cada persona varía según la situación interpersonal en la que se encuentre.

Todos estos elementos resultan aspectos fundamentales de la intervención en terapia familiar, puesto que, siendo rígidos en la definición, toda acción terapéutica que no se interese por las pautas de interacción no debería considerarse sistémica. Por ejemplo, pueden incluirse otros miembros en la sesión de un paciente, pero con el sólo fin de apoyarlo en su trabajo terapéutico, sin mayor involucramiento. Esto muchas veces nos lleva a las descripciones de tipo lineal, por ejemplo: "el problema de esta familia es que la madre es demasiado estricta con su hija". Basar la terapia en un planteamiento así implica intentar modificar la conducta de un solo miembro del sistema como si dicha conducta no estuviera conectada con la de los demás. En cambio, podríamos pensar, por ejemplo, que la actitud de la madre puede ser un mensaje para algún otro miembro de la familia y, a su vez, una respuesta a los mensajes que recibe de ellos. En ese caso, estaríamos trabajando desde una postura sistémica.

El rol del terapeuta también es distinto. Desde la terapia familiar (especialmente desde los modelos sistémicos, productos de la modernidad), se procura influir sobre los individuos, como agentes activos del cambio; la postura supuestamente neutra del psicoanálisis, guiada por su atención “libremente flotante”, por ejemplo, es dejada de lado. Se ve al campo de la terapia familiar como un campo específico de la influencia social. Por otro lado, desde los modelos posmodernos, nos encontramos con un terapeuta que también juega un rol

sumamente distinto. Como será detallado más adelante, cae la figura de experto y se recupera la voz de los pacientes, se la valida y se la utiliza como fuente y recurso de cambio.

En algunos otros enfoques psicoterapéuticos, se intenta con frecuencia adecuar la teoría al cuadro clínico con el que se encuentran los terapeutas. Watzlawick y Nardone (1990) mencionan un antiguo dicho de Hegel: “si los hechos no se adecuan a la teoría, tanto peor para ellos”, haciendo mención explícita a los sistemas teóricos cerrados, en cuyo seno puede hallarse la explicación de todo. En el enfoque sistémico, en cambio, las teorías sirven como hipótesis para relacionarse con el mundo, útiles para organizar los datos observables, pero plausibles de ser corregidas si es necesario.

En resumen, los modelos sistémicos centran su trabajo en los padecimientos actuales de los pacientes y los entretajan con sus vínculos, prestando atención a la red de relaciones donde el problema se inserta y, desde allí, se trabaja para desarmarlo, reformularlo, resignificarlo o deconstruirlo.

## **2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico**

En 1945, la Facultad de Psicología estaba adscrita a la Facultad de Filosofía y Letras. Para 1973, la Facultad de Psicología se constituye como tal; a partir de esta fecha se modifican los proyectos de estudio, se impulsa un nuevo currículum que unifica los aspectos teóricos con los prácticos.

En 1977 siendo directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollan iniciativas para la creación de Centros de Atención a la Comunidad; inicialmente surgieron convenios con el Centro de Psicología Humana, el Instituto de Psiquiatría, los Centros de Integración Juvenil y el Departamento de Integración Familiar. El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y dar servicio en las áreas educativa, clínica, social y de rehabilitación. Nacen dos centros de servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la Facultad:

1.- **El Centro de Servicios Psicológicos:** al principio surge adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere autonomía en 1983. El proyecto original del CSP fue que surgiera como un plan piloto dirigido a la

población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear, más adelante el servicio se amplió para toda la población universitaria y a la comunidad en general.

**2.- El Centro de Servicios Comunitarios** coordinado por el Dr. Julián Mc Gregor, donde los estudiantes de la Facultad de Psicología realizaban su servicio social

En ambos espacios desarrollamos nuestra práctica clínica como alumnos y alumnas de la residencia en Terapia Familiar. Asimismo, la Universidad tiene convenio con el **Hospital Psiquiátrico Infantil, Juan N. Navarro**, para que los alumnos acudan allí a realizar dichas actividades de residencia, conformando el tercer escenario para la práctica clínica.

### **2.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila**

El Centro recibe su nombre como reconocimiento a la labor del Dr. Guillermo Dávila, médico y psicoterapeuta reconocido por ser uno de los pioneros en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en México. Entre sus aportes más significativos, destacan el establecimiento de una oficina para proporcionar servicios de salud mental dentro del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la Secretaría de Educación Pública y fue uno de los fundadores de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1950. Su contribución a la psiquiatría y psicología fue amplia, como maestro, investigador, asesor, fundador del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundador de la Sociedad Interamericana de Psicología (Colotla y Urra, 2006).

El Centro de Servicios Psicológicos surge con los siguientes objetivos:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica.
- Desarrollar programas de investigación.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

El Centro queda ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología, destinado a la División de Estudios de Posgrado. Consta de 7 cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, 4 salas para usos múltiples, y 3 salas de observación con el sistema de

Cámara de Gesell. Además de la responsable del Centro, existen otras personas que cubren labores administrativas, docentes y de atención psicológica a los usuarios en los diferentes servicios.

A nivel logístico, el funcionamiento del centro cuenta con varias etapas para obtener la atención psicológica:

1. En un primer momento las personas que solicitan la atención deben llenar una solicitud en la cual se exploran aspectos como sus datos generales, ocupación, composición familiar, nivel socioeconómico, la exposición de la persona sobre su motivo de consulta y una autoevaluación sobre su funcionamiento y satisfacción en áreas como la afectiva, laboral, física y sexual entre otras. Asimismo, deben firmar un formato en el que se indica la manera habitual de trabajar en la clínica (filmación, equipo terapéutico, cámara de gesell, en ocasiones).
2. Posteriormente algunos de los residentes que prestan sus servicios en el centro, realizan una sesión de pre-consulta de costo accesible. En dicha entrevista se explora con mayor profundidad algunos aspectos centrales, como el motivo de consulta del paciente, la historia de su padecimiento, la organización familiar y el historial médico, farmacológico y psicoterapéutico, tomando como base un formato que previamente los usuarios completan en la sala de espera. Esta pre-consulta tiene una duración de 30 a 40 minutos y, una vez terminada, el entrevistador entrega en recepción la información recabada, con la anotación del servicio que sugiere (terapia de adolescentes, familiar, conductual, etc.) o sobre la posibilidad de canalizarlo a otras instituciones.
3. Finalmente los casos son canalizados internamente hacia la residencia o programa correspondiente, se realiza la apertura de su expediente y el enlace del terapeuta con sus pacientes. Esta canalización puede tomar unos 15 días aproximadamente.
4. Entran en una lista de espera aquellas solicitudes que pueden ser atendidas por en centro, pero que –en función de la demanda- tendrán que esperar algún tiempo para ser atendidos.

### **Mi experiencia en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila.**

Como residentes de la maestría en terapia familiar, tuvimos la oportunidad de asistir a este Centro durante los 4 semestres que dura la formación. En el primer semestre, tuvimos clases en

las que realizamos simulaciones (role-playings), siendo supervisados por los maestros de las materias. A partir del segundo semestre, comenzamos a atender pacientes, primero en co-terapia y luego en forma individual, siempre contando con el apoyo del equipo detrás del espejo y/o del supervisor a cargo.

También colaboramos en las sesiones de pre-consulta, hecho por demás enriquecedor, puesto que me permitió aprender a detectar en sesiones breves (30 minutos aproximadamente), la problemática central de los pacientes, evaluando la canalización pertinente a los diferentes servicios del Centro. Además, de alguna manera, se propicio con esta tarea la vinculación al interior de la residencia, conociendo el trabajo de los compañeros alumnos de otro enfoque.

Más allá de ciertas dificultades (relacionadas principalmente con el uso apropiado de los espacios), considero que haber trabajado en este Centro ha contribuido en forma sustantiva a mi formación. Creo que la formación en la práctica es una herramienta central, que debería ser el pilar de cualquier proceso serio de formación en disciplinas como la psicología.

## **2.2. Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro**

Al igual que el Centro de Servicios Psicológicos ya descrito, este Centro depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruíz Cortines, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981, con el nombre de "Dr. Oswaldo Robles". Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como un reconocimiento a la labor que desarrolló en él, desde su fundación hasta su muerte.

El Centro se ubica en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortines de la Delegación Coyoacán. La zona donde se ubica abarca las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruíz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

Dichas colonias fueron formadas en los años 50's, principalmente con grupos de emigrantes llegados de otros Estados e incluso de otras zonas del Distrito Federal.

El Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro", tiene como objetivos principales:

- Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la Psicología, así como en los distintos niveles de formación (licenciatura, posgrado, especialización, etc.); mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesoras/es del área de competencia.
- Proporcionar apoyo a la comunidad mediante la creación de programas preventivos y de intervención, en las distintas áreas de la psicología; tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.

De los objetivos anteriores se desprenden las funciones que son:

- Proporcionar a los alumnos un escenario real para el desarrollo de sus habilidades profesionales a través de la formación en el servicio comunitario y de esta manera contribuir a su profesionalización.
- Promover permanente y constantemente los programas y actividades que en el Centro se realizan entre los profesores y el estudiantado, quienes tienen la oportunidad de insertarse en ellos, para llevar a cabo sus prácticas, servicio social, tesis o formación en la práctica.
- Proporcionar servicios tanto a nivel preventivo como de intervención, a los diferentes grupos de la comunidad de la zona principalmente.
- Mantener relación estrecha con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, así como con los distintos centros y programas.

- Establecer contacto e interacción con asociaciones, grupos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de potenciar los programas del Centro.

Actualmente el Centro Comunitario, cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las múltiples actividades que en él se desarrollan. En la planta baja se encuentra el área de recepción, los baños para uso de los pacientes y uno de los accesos al patio. En el sótano se localizan dos cámaras de Gesell, (una de ellas equipada con equipo de audio), un salón de usos múltiples, una sala de lectura y dos cubículos. El primer piso está conformado por la sala de cómputo, cinco cubículos, la sala de juntas, una pequeña área de espera y la oficina de la responsable del centro. Uno de los cubículos cuenta con un sistema de circuito cerrado de televisión, que se enlaza con la sala de juntas, para ser utilizado en la sesiones con supervisión en vivo por parte del equipo terapéutico. Finalmente en el segundo piso se encuentran la cocina y los sanitarios para uso del personal.

En el Centro se otorgan diferentes servicios psicológicos a la comunidad, a través de diversos programas y actividades dirigidos a la niñez, adolescencia, etapa adulta y tercera edad.

A nivel preventivo, son diversas las acciones que se realizan como son las pláticas informativas, conferencias, ciclos de cine debate, talleres, y grupos de reflexión. La organización de éstas consta de los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el nivel de tratamiento, el servicio terapéutico que se proporciona puede ser a nivel individual, pareja, familiar o grupal. Los enfoques psicológicos que se manejan para otorgar el servicio son Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual, Sistémico y Psicodinámico. Este está a cargo de los maestros y alumnos que prestan sus servicios en el lugar, quienes hacen contacto con los pacientes en lista de espera, para concertar una primera cita la cual es considerada como la primera entrevista; para posteriormente hacerse cargo del caso.

El alumno es también responsable de la recepción de las cuotas de recuperación, de las cuales rinde un informe mensual que entrega al personal administrativo, junto con el monto total de las mismas.



Dentro de los servicios que presta el Centro, encontramos diversos programas centrados en los siguientes temas, fundamentalmente: adicciones (habilidades para la vida, adicciones y violencia, satisfacción marital), violencia (prevención y atención, grupos de reflexión), promoción de la salud (hábitos alimentarios, grupos de adolescentes, psicología del deporte), problemas escolares (Promoción de la lecto-escritura) y, como ya fue mencionado, el servicio terapéutico (a nivel individual, pareja, familiar y grupal). Por cada uno de los Programas y Servicios Terapéuticos (de acuerdo al enfoque psicológico), que se llevan a cabo, existe un docente, que funge como Coordinador.

Actualmente el Centro Comunitario se encuentra a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación de todo el lugar. Cuenta con personal de apoyo administrativo a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. La secretaria del Centro es quien se encarga de proporcionar información general acerca de las actividades que se realizan. Asimismo, lleva el registro en una lista de espera, de las personas que vía telefónica o personalmente acuden a solicitar el servicio y se encarga además de la recepción de los pacientes que acuden a consulta o a los distintos eventos.

Esta lista de espera está a disposición de los practicantes, con el fin de que seleccionen a los pacientes a quienes les otorgarán el servicio, de acuerdo a su demanda. Es a ella a quien se le entregan también los reportes mensuales de ingresos derivados de las cuotas de los usuarios. El resto del personal administrativo, realiza las labores de vigilancia e intendencia correspondientes.

Los Coordinadores de los Programas y Servicios Terapéuticos fungen como supervisores del alumnado que acude al Centro para llevar a cabo sus prácticas. Son los responsables de las actividades que éstos llevan a cabo, siguiendo el procedimiento que se describe más adelante.

Los usuarios que acuden al Centro son, principalmente, personas de las colonias cercanas que llegan con diversas problemáticas siendo el principal motivo de consulta los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, autoestima, etc.

Una vez que llegan los pacientes pasan a la lista de espera, que es otorgada a los terapeutas quienes posteriormente los contactan telefónicamente para concertar la primera cita. Los pacientes son elegidos por los propios terapeutas, en los horarios acordados por ellos mismos.

### **Mi experiencia en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro**

Durante el primer semestre acudiendo al centro, los terapeutas de la residencia en Terapia Familiar trabajamos en co-terapia, contando siempre con un equipo terapéutico detrás del espejo, formado por aproximadamente 5 personas. Mas adelante, tuvimos la oportunidad de ver casos en forma individual, contando siempre con el apoyo del equipo y la supervisora detrás del espejo. Durante el transcurso de 3 semestres de la formación, se brindó atención a 9 casos, 6 de ellos en forma individual y los restantes en pareja o familia. Resulta relevante mencionar que en los casos individuales se incluyeron como invitados a las sesiones a diversos miembros de la familia o parejas. Fueron pocas las veces en que los pacientes fueron vistos solos.

El resumen de la experiencia en el Centro Comunitario Julián Mac Gregor es sumamente favorable, constituyendo un espacio de formación privilegiado, de alta calidad y con un significativo compromiso humano y profesional de la responsable a cargo, la Mtra. Noemí Díaz Marroquín. Es un Centro que verdaderamente trabaja en beneficio de la comunidad, brindando opciones de atención y prevención de importantes problemáticas sociales, a través de acciones de alta calidad y con un marcado sentido de compromiso y creatividad en sus propuestas.

### **2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Desde entonces brinda atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Se encuentra ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan.

El Hospital forma parte de un órgano desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres Hospitales Psiquiátricos especializados (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”).

El hospital cuenta con cinco áreas fundamentales:

- Hospitalización continua.
- Hospitalización parcial.
- Consulta externa.
- Psiquiatría Comunitaria, que ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.
- Enseñanza, que apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

Asimismo, ofrece dos modalidades de atención:

a) Consulta no urgente:

- Problemas del aprendizaje escolar.
- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución.

b) Atención urgente:

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente.
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Inquietud y agresividad incontrolable.
- Fallas graves de conducta que no puedan ser controladas con la intervención de la familia.

Consulta Externa se realiza de lunes a viernes, de las 7 a las 14 horas. Está constituida por los siguientes servicios:

- Clínica del Desarrollo: Atiende población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (Retraso Mental y niños con alto riesgo).
- Clínica de las Emociones: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- Clínica de los Trastornos de la Conducta: Atiende a menores entre 6 y 12 años que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastornos del aprendizaje escolar y trastorno disocial.
- Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual): Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas “relacionados” con abuso sexual.
- Clínica de Sueño: Atiende a niños con trastornos del sueño.
- Clínica de la Adolescencia: Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos, de aprendizaje o de la conducta alimentaria.
- Psiquiatría Legal: Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- Hospital de Día: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

Los servicios de Urgencias y de Hospitalización Continua atienden las 24 horas en todos los días del año. Además se cuenta con dos unidades especializadas:

- Paidea. Esta unidad atiende a menores de ambos sexos con problemas relacionados con la farmacodependencia, en un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional además de las propias de su tratamiento. La unidad atiende de las 8 a las 16 horas, de lunes a viernes.
- Unidad de Adolescentes para varones y mujeres. En esta unidad cuenta con áreas separadas para varones y mujeres, donde se atiende a adolescentes (entre 12 y 17 años), con trastornos psiquiátricos graves que requieren de hospitalización para su manejo, como depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de conducta.

El Hospital también cuenta con diversos Servicios Clínicos de Apoyo, como neuropsiquiatría, pediatría, servicio dental, medicina física y rehabilitación, genética, psiquiatría comunitaria y laboratorio clínico.

En los últimos años se ha modernizado la atención, fomentado intervenciones multidisciplinarias que incluyen los servicios de Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Servicios Médicos, Diagnósticos, Terapéuticos y de Rehabilitación. Se han integrado equipos de trabajo enfocados a actividades por psicopatología y etapas de desarrollo a través de clínicas. Así, el especialista de primer contacto es el Psiquiatra, quien coordina el equipo, siendo responsable de la atención integral del usuario.

Los equipos multidisciplinarios realizan las siguientes actividades:

- Psicología. Realizan psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, así como apoyos a padres de nuestros usuarios con pláticas de información, orientación en grupo o individual.
- Enfermería. Sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del Hospital.
- Trabajo Social. Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y la rehabilitación de éstos.
- Rehabilitación Psicosocial. Proporciona a los usuarios del Hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como: Psicomotricidad, Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Socialización, Orientación Familiar, Terapia Familiar, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ambiental, Terapia del Lenguaje y Psicopedagogía.
- Talleres: en la actualidad se cuenta con seis talleres: Expresión Corporal, Pintura, Educación Física, Corte, Fútbol, Orientación y Estimulación Educativa.

Respecto a la infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con 120 camas, tres consultorios de urgencias, 19 consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales,

dos aulas para talleres, dos aulas, dos áreas de rehabilitación y una Cámara de Gesell. Su personal consta de 45 psiquiatras, 7 médicos generales, 6 especialistas, 19 odontólogos, 122 enfermeras, 53 psicólogos, 12 trabajadores sociales, 23 terapeutas, 3 dietistas y 3 técnicos de laboratorio.

Entre los requisitos para solicitar el servicio se encuentran:

- Acudir por voluntad propia.
- Acudir con un adulto responsable del menor (preferentemente padres o representante legal).
- Presentar documento de referencia de alguna institución y copias del acta de nacimiento, de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal y de un comprobante de domicilio.
- Ser población no derechohabiente.

A esta sede acudieron 5 compañeros y compañeras de la residencia. Por sus comentarios, pude apreciar que fue una experiencia sumamente diferente a la vivida por los demás en los otros dos escenarios. En este hospital muchas veces el servicio de terapia familiar se dio en el jardín del mismo, lo cual genera una dinámica totalmente distinta en la interacción con las familias. Además, resultó ser un trabajo más independiente, sin seguimiento muy cercano de la supervisora y sin contar –lógicamente- con la retroalimentación del equipo detrás del espejo. En ese sentido, fue significativo cómo aparecieron demandas de supervisión de estos casos en otros espacios, como en la materia de supervisión videograbada.

## **II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR**

### **1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.**

#### **1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica**

##### **Epistemología y Epistemología Sistémica**

Las raíces etimológicas de la palabra Epistemología provienen del griego *episteme* (conocimiento) y *logía* (estudio). La epistemología estudia entonces, la naturaleza y validez del conocimiento (Ceberio, 2006).

Para el mismo concepto, Auerswald (1986; citado en Fishman y Roshman, 1990) propone usar una definición de corte Batesoniano: “conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad”.

Lo cierto es que el problema fundamental que ocupa a la epistemología es el de la relación sujeto-objeto. En esta teoría se le llama "sujeto" al ser cognoscente y "objeto" a todo proceso o fenómeno sobre el cual el sujeto desarrolla su actividad cognitiva. De este modo, el problema se presenta en la relación de quien conoce y lo que es cognoscible. Siguiendo a Bateson, Keeney (1983) postula que “la epistemología es más básica que cualquier otra teoría particular y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana” (p.27). En ese sentido, hablar de epistemología remite a las premisas básicas que subyacen a la acción y a la cognición.

Como ya fue mencionado, el enfoque sistémico rompe principalmente con la idea de causalidad lineal. Hasta mediados del siglo XX eran pocos los que ponían en duda la presunta validez de una cosmovisión basada en la causalidad determinista. Keeney (1983), propone contrastar la epistemología lineal progresiva con la epistemología recurrente (sistémica, ecológica, circular, cibernética). Esta última pone el acento en los sistemas totales, el contexto, en definitiva: se ve a la familia “como organismo y no como un conjunto de individuos” (Keeney, 1983, p.30). El autor sugiere que las ideas, experiencias, sucesos son algo que va más allá de su extensión en el tiempo en forma lineal y progresiva, para extenderse (“envolverse”) sobre sí mismos. Esto no implica retornar hacia el punto inicial, sino que cada vuelta recursiva conduce

a un comienzo diferente (Keeney, 1986). Para este autor, resulta imprescindible el trabajo desde una orientación “estética”, incluyendo la ecología de los problemas que pretenden modificar. En ese sentido, la labor de los terapeutas familiares se acerca al plano del arte; las técnicas se ponen al servicio de una perspectiva abarcadora que entrelaza el contexto total. La epistemología sistémica pone el acento en las relaciones y los sistemas totales, es decir, se interesa por la complejidad y por el contexto.

Las distintas escuelas de Terapia Familiar Sistémica se apoyan en una epistemología variada, heterogénea, debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Sin embargo, podemos decir que esta epistemología se nutrió inicialmente de cuatro fuentes; la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la Cibernética (Wiener, 1948), la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1967) y los aportes de Gregory Bateson.

### **Teoría General de Sistemas**

Dentro del marco epistemológico de la terapia familiar, hallamos la influencia de la Teoría General de los Sistemas, presentada en 1937 por primera vez –sin mucha repercusión– por el biólogo L. Von Bertalanffy (1901-1972). Fue, en ese entonces, una novedosa teoría, pero, fundamentalmente, un nuevo paradigma. Para muchos terapeutas familiares, constituye la piedra angular sobre la que se basa la terapia familiar (Papp, 1991).

Desde la fundación de la Sociedad para la Investigación General de Sistemas (1954), Bertalanffy se sumerge en la búsqueda de diferentes enfoques para enfrentar el problema de las organizaciones complejas, desde una perspectiva organísmica. Perspectiva que, al hablar de “cosas organizadas”, lo aleja considerablemente de los modelos preponderantes de la época.

En esa época el positivismo lógico -fiscalista y atomista- abundaba en el campo científico, presentándose como el marco de referencia para entender cualquier fenómeno. Fiscalista en el sentido que consideraba el lenguaje de la física como única lengua de la ciencia y, por lo tanto, la física como el único modelo de ciencia. Atomista en el sentido que buscaba fundamentos últimos e indubitables sobre los cuales afirmar el conocimiento. Bertalanffy cuestiona asimismo las ideas acerca de la causalidad, ya que el modelo unidireccional, lineal,



de “causa-efecto” no le alcanzaba para explicar algunos fenómenos de la ciencia. Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, la teoría de los sistemas veía la realidad como estructuras cada vez más grandes.

En su libro *Teoría General de Sistemas*, Bertalanffy (1968) nos conduce con entusiasmo al encuentro de un fenómeno contradictorio que exige resolución: la aparición de similitudes estructurales o isomorfismos en diferentes campos, esto es: en distintos campos, surgen problemas similares. Se hace necesaria, entonces, una nueva herramienta conceptual para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar.

Bertalanffy propone orientarnos hacia la búsqueda de teorías generalizadas que pretendan aplicar principios y leyes a sistemas generalizados, sin importar las propiedades particulares del sistema ni de los elementos que participan. La *Teoría General de los Sistemas* acude a apoyarnos en esta difícil empresa, formulando principios válidos para sistemas en general. Esta teoría tiene, en definitiva, una función integradora. Como bien señala Watzlawick (1967), ciertas conductas de sistemas que pueden parecer extrañas, inexplicables a simple vista, podrían tener una respuesta adecuada si ampliáramos el objeto de investigación y lo integráramos en su totalidad. Es ésta una concepción que, en contraste con el reduccionismo, Bertalanffy (1968) denomina *perspectivismo*.

La propuesta de romper con el “encapsulamiento” (Bertalanffy, 1968) de los científicos modernos o “ermitaños modernos” (Boulding, 1976), quienes se han especializado tanto en su disciplina que ya no pueden pronunciar o escuchar palabra por fuera del campo de conocimiento que dominan, es bien acogida por profesionales de variados ámbitos en los años post-guerra; años en los que, por otra parte, surgen distintos aportes novedosos como la cibernética y la teoría de la información, entre otros. Bertalanffy –afortunadamente- vivió en una época de gran entrelazamiento disciplinario: matemáticos, ingenieros, físicos, psicólogos, economistas, entre otros, compartían el mismo ambiente e intercambiaban sus ideas, pensando nuevas formas de ver viejos problemas, echando luz sobre aspectos descuidados anteriormente.

En un sentido amplio, la *Teoría General de Sistemas* se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad, que permite encontrar

formas de trabajo transdisciplinarias, evitando la superficialidad científica que ha detenido a las ciencias. No se trata de encontrar analogías forzadas entre las ciencias, sino simplemente extrapolar modelos transferibles entre distintas disciplinas, siempre y cuando esto sea realmente posible.

Bertalanffy escribe influido (e influye el mismo) por la cibernética de segundo orden, hecho que le permite cuestionar la posibilidad de aproximarnos o alcanzar la verdad; en ese entonces era ésta una verdad “objetiva”, independiente del observador. Bertalanffy señala, en cambio, que la realidad incluye la interacción entre conocedor y conocido, dependiente de múltiples factores de naturaleza biológica, psicológica, cultural, lingüística, etc. Son éstas las ideas que impactan luego en las ideas del construccionismo social, que entiende al conocimiento como una construcción principalmente, social, en el que no hay verdades absolutas sino distintas aproximaciones a la realidad y donde los distintos puntos de vista pueden tener idéntica validez (Bateson, 1972).

Dentro de la clasificación de los sistemas, encontramos sistemas abiertos y cerrados, dependiendo de la interacción que éstos presenten con el contexto que los circunda. Para algunos, la distinción entre ambos tipos de sistemas tiene que ver con un problema de definición. Por ejemplo, mientras para muchos autores la familia es siempre un sistema abierto, para Stierlin y sus colegas (1984) hay familias que erigen un cerco de goma entre ellos y su entorno, permitiendo que ingrese únicamente la información que confirma su visión del mundo, pudiendo de esta manera ser incluidas en la categoría de sistemas cerrados. Otro punto de vista podría ser el pensar que esta definición –como muchas otras- es un tanto estricta, siendo más adecuado llamarlos sistemas “parcialmente” abiertos o “parcialmente” cerrados.

Muchos autores coinciden en que en un sistema abierto es aquel que establece una relación permanente con entorno, intercambia información, energía, materia y, consecuentemente, tiene la capacidad de cambiar su estructura interna. Un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Bertalanffy se interesaba particularmente en los sistemas abiertos; desde luego, los sistemas humanos entran en ésta categoría. La familia es un sistema abierto, es decir, en interacción con otros sistemas (escuela, barrio, barrio, etc.). Intento imaginarme lo que ocurriría si separáramos a un organismo viviente de su entorno; seguramente moriría debido a la carencia del oxígeno, agua, y alimentos.

Incluso, a otro nivel, pueden ocurrir consecuencias también atroces, por ejemplo, cuando las carencias son de otro tipo, como afectivas, emocionales.

Entonces, los seres humanos somos sistemas abiertos que intercambiamos información y energía con el medio ambiente, en forma permanente. Desde este punto de vista, los sistemas personales se entienden como circuitos de retroalimentación. Por ejemplo, Andolfi (1977) entiende a la familia como un sistema relacional; como un todo orgánico formado por unidades conectadas entre sí, de modo que el cambio en una de ellas, provoca el cambio en las demás, y este cambio, a su vez, modifica a la unidad originalmente alterada, y así sucesivamente. Así, los patrones que rigen al sistema familiar son circulares, es decir, la familia actúa como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C o D.

Siguiendo a Watzlawick y sus colegas (1967), vemos que las propiedades de estos sistemas son:

#### **a) Equifinalidad y Equipotencialidad**

Equifinalidad implica que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. En un sistema, los "resultados" (en el sentido de alteración del estado al cabo de un período de tiempo) no están determinados tanto por las condiciones iniciales sino por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema. La conducta final de los sistemas abiertos está basada en su independencia con respecto a las condiciones iniciales.

Es ésta una propiedad que tiene consecuencias esenciales para la terapia familiar. Por ejemplo, cuando observamos un sistema no se puede hacer necesariamente una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producirán los mismos efectos.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, el concepto de equipotencialidad lleva implícita la idea que pueden obtenerse distintos estados partiendo de una misma situación inicial.

Mientras escribo esto, se cuele entre mis recuerdos, una frase que siempre me repetían cuando era pequeña: *“el principio es sólo eso: el principio”*. Y -mientras escucho imaginariamente esa frase- pienso que los distintos orígenes que consideramos son siempre antecedentes influyentes en el desarrollo de una persona, de un niño, pero no determinantes. La propia historia se escribe con argumentos hechos a base de la experiencia vivida, teniendo en cuenta las vicisitudes que enfrentamos a lo largo de la vida.

La equifinalidad nos permite entender, en terapia familiar, que el funcionamiento de una familia como un todo, no depende tanto de saber qué ocurrió tiempo atrás, ni de la personalidad individual de los miembros de la familia, sino de las reglas internas del sistema familiar, en el momento en que lo estamos observando. Por su parte, la equipotencialidad nos advierte sobre la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, porque un mismo inicio podrá conducir a fines distintos.

## **b) Totalidad**

El concepto de totalidad implica la no sumatividad, o, en otras palabras, la aclamada frase: *“el todo es mas que la suma de sus partes”*. Un sistema es una totalidad, en la que sus componentes y sus propiedades sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total integrado, inseparable y coherente.

El interés de la T.G.S. reside en los procesos transaccionales que ocurren entre los componentes de un sistema y entre sus propiedades. Dicho de otro modo, es imposible comprender un sistema mediante el solo estudio de sus partes componentes y "sumando" la impresión que uno recibe de éstas. El carácter del sistema trasciende la suma de sus componentes y sus atributos, y pertenece a un nivel de abstracción distinto, más complejo. Del sistema surgen propiedades emergentes, distintas a las que cada componente tiene individualmente.

Por último, como señala Papp (1991) la totalidad se regula a sí misma por medio de ciertos circuitos de retroalimentación, llamados circuitos cibernéticos. La información recorre estos circuitos, a fines de proporcionar estabilidad al sistema.

Aplicada a la situación de la terapia familiar, un sistema familiar no es una colección aleatoria de componentes, sino una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros. Así, el cambio que el terapeuta logre en un miembro del sistema, afectará a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción.

Los terapeutas familiares no se preguntan “por qué” el paciente se comporta de determinada manera, sino más bien: en qué clase de sistema humano el comportamiento adquiere sentido. No es sólo la psique individual monádica la que se pone en juego, sino aquellas estructuras que nacen de la interacción entre individuos. En ese sentido, Watzlawick y sus colegas (1967) mencionan que al analizar una familia hacemos mucho más que un simple análisis de las características individuales de cada miembro. Existen características del sistema que otorgan un *plus* distintivo.

Además, es importante recalcar que la cualidad de totalidad describe no sólo al sistema familiar, sino a la nueva totalidad formada por el grupo familiar y el terapeuta familiar, que constituye el "sistema terapéutico".

### **c) Retroalimentación**

La supervivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos: por un lado, la retroalimentación negativa, por la cual se logra cierta constancia (homeostasis) del sistema ante las demandas del medio; por el otro, la retroalimentación positiva, por la cual el sistema modifica su estructura, para adaptarse a determinadas cuestiones (por lo general extremas) de su entorno, aumentando su potencial de supervivencia (Maruyama, 1968; citado en Hoffman, 1981) y otorgando un nivel más alto de adaptabilidad en pos de su autoorganización (Stierlin et al., 1984).

Wiener la define como “un método que consiste en controlar un sistema reinsertando en él los resultados de su actuación pasada” (1954; citado en Stierlin et al., 1984).

En el campo de las interacciones, conviene utilizar la retroalimentación como modelo causal mas adecuado. Como fue mencionado, la relación circular constituye un fenómeno rotundamente distinto a las nociones de causa-efecto.

En cuanto a la retroalimentación, Watzlawick y sus colaboradores (1967) sostienen que los sistemas interpersonales pueden ser entendidos como circuitos de retroalimentación y mencionan que todas las familias necesitan cierto grado de retroalimentación negativa, para adaptarse a las presiones del medio a las que están expuestas en forma constante. Por otro lado, la retroalimentación positiva se ajusta en forma adecuada a aquellos momentos en los que la familia necesita aprender, crecer y cambiar.

Algunos autores (Wainstein, 1999) sugieren la inclusión de una cuarta característica de estos sistemas:

#### **d) Objetivo**

Los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo, todo sistema tiene una intencionalidad, se dirige, en forma dinámica, hacia alguna dirección.

La característica de los sistemas referente a tener un objetivo hacia el cual se dirigen, podría manifestarse en la tendencia de la familia a mantener desesperadamente el "*status quo*" de la estructura familiar, por más dañino que pudiera parecer para algunos miembros de la familia o para personas que no pertenecen a ella. Como las familias son sistemas sociales, están orientadas y dirigidas hacia un objetivo. Cuando el terapeuta trata a un sistema familiar, lo hace para ayudarlo a redirigirse hacia la realización de su meta.

A partir de estas ideas, resulta evidente que la Teoría General de Sistemas permite una nueva visión y acercamiento al trabajo con familias, ofreciendo una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de las relaciones. En tanto paradigma científico, la teoría general de sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. Hall y Fagen han definido el "sistema" como "un conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades" (1956; citado en Watzlawick, 1967, p. 117). Las partes componentes del

sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan, formando un todo organizado en tiempo y espacio (Wainstein, 1999). En tanto práctica, dicha teoría brinda un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación entre especialistas y especialidades. Algunos problemas del comportamiento –usualmente de naturaleza multivariable- que antiguamente no entraban dentro de las consideraciones de la ciencia, comienzan a tener cabida debido a esta nueva aproximación a los sistemas. Al abrir nuevas líneas de investigación, la Teoría General de Sistemas permite pensar nuevos problemas a investigar

Asimismo, esta teoría sostiene que el sistema familiar es estabilizado mediante procesos de regulación autocorrectivos, activados como respuesta a un intento de cambio; idea que nos permite, como terapeutas, alejarnos de los patrones rígidos de patología centrados en un miembro de la familia. Ahora es el sistema familiar completo el que acude a terapia. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, aunque en un sistema abierto como lo es la familia, los intercambios con el ambiente lógicamente provocarán la ruptura del equilibrio previo.

Maldonado (2003) propone a ésta teoría como un “lente”, entre otros, a través del cual la familia aparece como una totalidad inserta en un sistema mayor, el contexto social; por ello se infiere que es en el mismo contexto de las relaciones sociales-familiares que los actores pueden encontrar mejores maneras de relacionarse, que les permitan crecer y autoafirmarse.

En resumen, entender a las familias desde este enfoque, nos lleva a pensar en los grupos familiares como sistemas abiertos, en constante y dinámica transformación, guiados por los procesos de retroalimentación y homeostasis. El terapeuta familiar centrará su atención en la relación entre los miembros, dejando de lado la búsqueda de las causas del problema que la familia trae a sesión.

## **Cibernética**

La palabra Cibernética, derivada del griego "Kybernetes", apareció por primera vez con Platón, y en el siglo XIX con André Marie Ampere para referirse a los modos de Gobierno. En 1943 Wiener había indicado la necesidad de elegir un vocablo para designar un nuevo cuerpo de teorías e investigaciones. En 1947 acuña el término, que fue popularizado en su libro titulado "Cybernetics, or the study of control and communication in the animal and machine" y desde

entonces no ha dejado de mantener un interés creciente. De hecho la Cibernética se desarrolló como ciencia profundamente "transdisciplinar" que estudia los procesos de control y el autocontrol que se dan en máquinas y animales. La cibernética postula que las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios, tanto en máquinas, como en organismos o estructuras sociales (Stierlin et al., 1984).

Para Keeney (1983) la cibernética ofrece una concepción estética del cambio. Cambio, desde su esquema, remite a la posibilidad de transformar la propia manera de vivenciar el mundo. Por otra parte, este autor es ferviente partidario de considerar a la cibernética como principal marco de referencia para el estudio de cuestiones epistemológicas.

Pueden distinguirse dos fases:

### **Cibernética de primer orden: de los sistemas observados.**

El contexto en el que surge remite al siglo XVII. En la cibernética de primer orden, el sistema observado se considera fuera del observador. En el ámbito psicoterapéutico, se refiere a la perspectiva que coloca al paciente como el fenómeno a ser observado por el terapeuta que, generalmente, es el experto que observa desde fuera del sistema.

Los primeros trabajos fueron realizados por Wiener y se centraron en los procesos de corrección de la desviación de la media, es decir, en la retroalimentación negativa o morfostasis, que pugna por el logro de la homeostasis en los sistemas (Sánchez, 2002).

En una segunda etapa de la cibernética de primer orden, autores como Minuchin y Whitaker comienzan a interesarse por la retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación (Sánchez, 2002) y aplican estas ideas al espacio terapéutico con intervenciones que buscan provocar y desequilibrar al sistema.

### **Cibernética de segundo orden: de los sistemas observantes.**

Elkaim (1994) considera a Heiz Von Foerster como el padre de este segundo momento, en el que se da un paso sumamente importante en terapia familiar cuando el observador comienza a considerarse como parte activa y participante de la realidad que observa. En



el ámbito psicoterapéutico, señala Sánchez (2002), el terapeuta no opera cambios en la familia, sino que introduce diferencias relevantes donde pueden surgir nuevas perspectivas compartidas, teniendo en cuenta el significado que la propia familia le atribuye a su realidad. Es una posición mucho más neutral, sin intentos de desequilibrios dramáticos, que pretende, a través del diálogo, llegar a puntos de vista alternativos, con el objetivo de solucionar el problema del cliente. Se le otorga un gran peso a los esfuerzos y logros que la familia realiza al cambiar.

La cibernética, especialmente la de segundo orden, se inspira en una postura epistemológica constructivista, al enfatizar el rol del observador en la construcción de la realidad observada. De ahí que la realidad no se conciba como independiente de los procesos de organización del observador. En la práctica clínica, es importante el automonitoreo constante del terapeuta, que puede preguntarse, por ejemplo, qué tanto resuena lo que está recibiendo de la familia en su propia historia.

Entonces, a partir de la cibernética de segundo orden, surgió el conjunto de paradigmas más recientes (constructivismo/construccionismo, los diferentes modelos posmodernos) que defendió la idea de que el observador es parte de la observación y de lo observado y, por ende, organiza la realidad según sus creencias. A partir de aquí, surgieron varios cambios: el terapeuta se convirtió en sujeto de observación, los modelos científicos se reemplazaron por historias, anécdotas, relatos, las verdades fueron locales, ligadas al contexto, a la cultura y al momento, la predictibilidad de las intervenciones del experto terapeuta dieron lugar a la incertidumbre, al deseo de genuinamente escuchar historias para deconstruir problemas, propiciando potenciales transformaciones sin conocer el destino final del viaje iniciado en conjunto con los pacientes.

## **Teoría de la Comunicación Humana**

En su libro “Teoría de la Comunicación Humana” (1967), Watzlawick, Beavin y Jackson realizan una interesante revisión -sumada a sus propios e importantes aportes- de los conceptos principales que había trabajado Gregory Bateson algunos años atrás.

Los principales puntos de su teoría son:

- 1) Revisan conceptos tales como información, retroalimentación, redundancia, doble vínculo, paradojas, entre otros. Son congruentes con la postura de la Teoría General de Sistemas. Analizan el efecto de las paradojas en la comunicación y, específicamente, en el vínculo terapéutico.
- 2) Se desplaza el trabajo del terapeuta desde la exploración de la vida intrapsíquica del paciente hacia la visión del mismo en un contexto interaccional significativo. Nos movemos, entonces, de lo intrapsíquico a lo relacional. Por ejemplo, en lugar de centrar el trabajo terapéutico en la conducta patológica de un miembro de la familia, dirigiremos nuestra atención a la relación del sujeto y su conducta con el contexto, con sus seres significativos, que responden de alguna forma a dicha conducta, propiciando nuevas interacciones.
- 3) Toman en cuenta el contexto en el que ocurren determinados fenómenos. Esto permite, simplemente, explicarlo en toda su complejidad. La posibilidad de comprender íntimamente las relaciones entre el hecho y su contexto puede ayudarnos a evitar dar interpretaciones equivocadas o asignar características erróneas a dicho fenómeno.
- 4) Dan prioridad a la comunicación, como “condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social” (Watzlawick et al., 1967, p.17) y realizan un extenso análisis de la misma. Construyen un modelo que permite dar cuenta de los efectos en la conducta (es decir, pragmáticos) que tiene dicha comunicación, siendo precursores en la realización de esta labor. Postulan algunos axiomas de la comunicación humana, y examinan las patologías que dichos axiomas implican.

Así, los representantes de esta teoría pretenden establecer una relación formal entre la comunicación y la conducta, utilizando ambos términos como sinónimos. ¿Por qué? sencillamente porque la comunicación –mencionan- no puede circunscribirse únicamente a los componentes verbales que están al servicio de la sintaxis y la semántica. El lenguaje no verbal y el contexto en el que el intercambio ocurre, son también parte de lo que llamamos comunicación y encierran consecuencias interpersonales importantes. Cualquier cosa que hagamos en un contexto interaccional tiene el valor de mensaje; es comunicación, influye sobre los demás, y éstos tampoco pueden evitar la posibilidad de responder. Toda conducta

es, entonces, comunicación. Y como no es posible no comportarse (porque no existe la no-conducta), entonces es imposible no comunicar. El énfasis recae aquí en la relación que establecen dos o mas personas por medio de la comunicación, teniendo en cuenta cómo las partes provocan efectos unas sobre otras. Los autores profundizan aún más en esta idea y señalan que la esencia de nuestra experiencia reside en las relaciones. Toda experiencia se compara o se pone a prueba contra otro fenómeno, generalmente proveniente del contexto. La percepción que el hombre tiene de sí mismo, está íntimamente conectada con las relaciones en las que él participa.

También realizan aportes significativos en el área de la psicopatología. Las hipótesis intrapsíquicas no tienen cabida en este modelo: los síntomas no serán expresión de conflictos intrapsíquicos, sino que tendrán que ver directamente con el sistema familiar del paciente. Tampoco resulta significativo el hecho de pensar si los intercambios de información se realizan en forma consciente o inconsciente. Así, cuestionan el concepto de anormalidad, dado que cada persona varía según la situación interpersonal en la que se encuentre. Los síntomas pueden ser “conducta adecuada” en determinado contexto familiar.

Asimismo, postulan que el paciente sufre no tanto por los propios recuerdos del pasado, sino por la incapacidad de lidiar en forma adecuada con los problemas del aquí y ahora. Además, la búsqueda de causas en dicho pasado no puede ser fidedigna; como se basa en cuestiones subjetivas, puede verse interferida por distintos factores.

Importa fundamentalmente el efecto de las conductas, no sus causas. Se mueven del “por qué” al “para qué”. Por lo mismo, abandonan la causalidad lineal, dando especial importancia a la retroalimentación en los sistemas. Las interacciones se ubican dentro de un círculo continuo y cualquier corte arbitrario será una “puntuación”; hecho que frecuentemente puede traer problemas en la comunicación.

Coherentes con su propuesta, postulan cinco axiomas pragmáticos que, a su juicio, podrían explicar todas las formas de comunicación funcional e interpersonal (Watzlawick et al., 1967).

Su primer axioma indica que es imposible no comunicar, incluso la no conducta o la intención de no comunicar de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. Por ejemplo: el silencio tenso de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debido a ella) transmiten una gran cantidad de información: "no me interesas", "no estoy de humor para entablar conversación", "prefiero ignorarte", etc. El terapeuta familiar debe trabajar incluyendo este nivel de comunicación, evitando irse únicamente por el camino de lo digital, hecho que limitaría mucho su percepción de lo que está ocurriendo.

El segundo axioma distingue, en toda comunicación, entre aspectos de contenido y relacionales; tales que el segundo clasifica al primero. Por ejemplo: El mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero). En este sentido, "¿Podrías cerrar la puerta, por favor?" transmite la misma información en el nivel digital, pero muy diferente en el nivel analógico.

Todos los modos existentes pueden utilizarse como modalidades de metacomunicación en el nivel interpersonal. Cualquier tipo de conducta comunicativa –el lenguaje, los gestos, el tono de voz, etcétera- tiene la capacidad de comentar la información que se está transmitiendo.

Los principales problemas que señalan los autores remiten a los desacuerdos y acuerdos que se presentan entre ambos aspectos de la comunicación. Por ejemplo, una pareja puede estar de acuerdo respecto al contenido de lo que se está diciendo, pero en desacuerdo respecto a la definición de la relación que se impone.

En el tercer axioma observamos que la definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes, es decir, por la manera en que cada uno marca el fenómeno de la comunicación con el otro. Olvidando que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro, los participantes se preocupan por encontrar cuál es la causa y cuál es el efecto del fenómeno en cuestión. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto. Este concepto permite entender la reciprocidad de las relaciones humanas, alejándose del modelo tradicional de estímulo-respuesta. Las discrepancias que genera el

problema de la puntuación llevan a conflictos interaccionales que generalmente terminan en acusaciones mutuas de tipo negativo. Por ejemplo: Una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta sonsacarle información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Obviamente, la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para gestionar su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.

El cuarto axioma se relaciona en forma estrecha con el segundo. Indica que los seres humanos hacemos uso de comunicación digital (lenguaje verbal) y analógica (lenguaje no verbal). Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor. Los principales trastornos derivados de este axioma, tienen que ver con los errores de traducción entre un nivel y otro. En ese sentido, la psicoterapia puede ocuparse de modificar dichas interpretaciones incorrectas.

En el quinto axioma, los autores puntualizan que los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios, según se basen en la igualdad o en la diferencia, respectivamente. Este punto se relaciona directamente con la evaluación mutua y su relatividad en las relaciones interpersonales.

Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos del fenómeno de escalada simétrica, en el que aparece una competencia feroz entre los participantes por ser "un poquito mas igual" que el otro. Cuando se cronifica la interacción complementaria, se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. Por ejemplo: Una pareja puede basar su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desorganizar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional" versus "emocional". Si esta complementariedad se rigidiza puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el

otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

La simetría y complementariedad son conceptos útiles para explicar otros fenómenos humanos. En los trabajos realizados sobre el tema de violencia familiar, algunos autores (Perrone y Nannini, 2000) señalan que el acto violento generalmente emerge cuando se rompe el supuesto equilibrio que define el tipo de relación en la que viven los actores de la violencia (simétrica o complementaria). Así, en las relaciones complementarias, existe una activación puntual simétrica, donde el miembro que se encuentra en la posición superior percibe el comportamiento del miembro en la posición inferior como amenazante, ya que tiende hacia la búsqueda de igualdad. Mientras que en las relaciones simétricas, se presenta una activación puntual complementaria, donde un miembro percibe que el otro tiende hacia una posición superior y utiliza la violencia ante la amenaza de un cambio en su relación. En ambos casos, la violencia surge como un intento de normalización del otro, de anular las diferencias, de manera que se ajuste a las expectativas de la realidad privada. Los autores proponen, en el ámbito terapéutico, la posibilidad de lograr un cambio introduciendo la simetría en la complementariedad, o viceversa.

### **Los aportes de Gregory Bateson**

Los aportes de Gregory Bateson -científico Anglo-estadounidense que incursionó en las más variadas ramas de la ciencia con un innovador enfoque holístico e integrador- son considerados por algunos autores (Vargas Abalos; citado en Eguiluz, 2004) como la base teórica más relevante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica.

Bateson participa en las renombradas Conferencias Macy sobre cibernética, donde se nutre de las ideas de Norbert Wiener, John Von Neuman, entre otros. Sus investigaciones y reflexiones abarcaron áreas tan variadas como la antropología, la etnología, la teoría del aprendizaje, la cibernética, la teoría de sistemas, la lógica, la epistemología, entre otras. Prácticamente, en todas ellas realizó aportes trascendentes e innovadores.

Dentro de los principales aportes de Bateson podemos mencionar los siguientes:

**-Teoría del «doble vínculo en la génesis de la esquizofrenia.** En el año 1953, y apoyado por sus colaboradores Weakland, Haley y Fry, Bateson se interesa en el trabajo con esquizofrénicos y la comunicación que se daba en su entorno familiar. Trabaja en el Hospital de Veteranos en Palo Alto, donde aplica conceptos de la cibernética a personas con problemas de alcoholismo y esquizofrenia, generando nuevos enfoques en el tratamiento de estos problemas.

**-Teoría de la comunicación** que destaca la importancia del contexto en los patrones y la forma de la comunicación. Bateson afirmó que todo sistema se organiza en torno a la comunicación; también introdujo la idea de los niveles jerárquicos del mensaje, refiriendo que cada mensaje contiene al menos dos niveles: uno de contenido y otro de significado. Un aporte relacionado con ésta área tiene que ver con el nuevo punto de vista que aporta al concepto de información. La información –aquella diferencia capaz de generar diferencia (Bateson, 1979)- deja de ser un atributo estático, inherente de un objeto, para convertirse en un aspecto de la interacción que se desarrolla entre los humanos. En ese sentido, la manera en que una familia se ocupa de la información es un factor decisivo para su diagnóstico y tratamiento, el terapeuta puede introducir información en un sistema familiar, con el objetivo de introducir cambios y generar una diferencia en dicho sistema.

**-Epistemología.** Bateson, desde una perspectiva ecológica, ubica a la familia dentro del contexto de los sistemas socioculturales. Aplica las ideas y aportes de la cibernética a las ciencias sociales y se interesa principalmente en crear una epistemología (ecológica, desde su punto de vista) que permitiera explicar cómo sabemos lo que sabemos. Su postura se relaciona estrechamente con las ideas del constructivismo social, ya que pone el énfasis en la imposibilidad de conocer una verdad objetiva, puesto que la comprensión que hacemos de los datos, así como el significado que les atribuimos, están determinados y restringidos por las premisas y supuestos del “contexto receptor”. Toda formulación que realizamos los seres humanos acerca del mundo, de sus relaciones, de los otros, etc. está fuertemente influida por nuestros sistemas de referencias ideológicos, que nos permiten interpretar el mundo.

El uso del término constructivismo (y su vinculación al interés por las narrativas en terapia familiar) arranca, entonces, de las propias raíces de la terapia familiar sistémica.

Keeney (1983), por ejemplo, utiliza el término para referirse a la afirmación de que "el observador participa en la construcción de lo observado" (p. 24). Esta afirmación constituye el núcleo de los planteamientos de autores como Humberto Maturana, Francisco Varela, Paul Watzlawick y el mismo Bateson, quien ya en 1972 afirmaba que "Creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad externa (...) sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos". (Bateson, 1972, p. 7).

Por su parte, el biólogo y neurofisiólogo Humberto Maturana (1987) propone una teoría general de la cognición en la que la mente surge de la interacción humana, influida ampliamente por el lenguaje que intercambian los actores humanos.

Paul Watzlawick (1976) afirma que existen innumerables versiones de la realidad, que pueden ser opuestas entre sí y que son el resultado de la comunicación, mas que verdades objetivas y eternas. En su libro "Teoría de la comunicación humana" (1967), nos enseña cómo pueden surgir realidades, ideas y concepciones totalmente diferentes de un mismo fenómeno, en virtud del proceso de la comunicación.

**-Aplicación de la cibernética a seres vivos y sistemas sociales.** Esto implica el definir el estudio de los fenómenos de las ciencias sociales en las pautas que los conectan y los patrones comunes a la base de dichos fenómenos. Gregory Bateson, en particular, se dio cuenta de la importancia de la cibernética para comprender e influir las relaciones humanas complejas.

-Por último, Bateson propone **diferentes tipos de aprendizaje**, en los que el aprendizaje de tipo III podría ser el máximo ideal aspirado en un proceso terapéutico, que permitiría el cambio, la transformación. Este tipo de aprendizaje permite organizar la experiencia cognitiva de una persona e interpretar la realidad de un modo diferente, relativizando los diversos puntos de vista, inclusive la propia perspectiva, y cuestionando las únicas versiones sobre la realidad.



## **Bateson y su Teoría del Doble vínculo: conceptualizaciones y aportes a la terapia familiar**

La teoría del doble vínculo cobra vida, con gran impacto, en 1956, con la publicación del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, escrito por D. Jackson (psiquiatra), J. Haley (posgrado en Artes), J. Weakland (ingeniero químico) y G. Bateson (Antropólogo).

De 1949 a 1952, Bateson y sus colegas desarrollan un proyecto de investigación en Palo Alto basado en los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a metáforas.

En 1953, surge el Interés del grupo por los pacientes esquizofrénicos y su comunicación. Observan que la elocución esquizofrénica era rica en metáforas que no solían ser entendidas como tales. Eran incapaces de discriminar entre niveles de tipo lógico, por ejemplo, entre lo literal y lo metafórico. En palabras de Bateson, los esquizofrénicos no podían “discriminar modos comunicacionales, sea dentro de la persona, o entre la persona y otros” (1956, p.234)

Bateson y sus colegas plantearon que una persona con este tipo de dificultades podría “aprender a aprender” en un contexto en que esta dificultad fuera adaptativa (Hoffman, 1981) y se dedican, entonces, a investigar el contexto en el que surge dicho aprendizaje: la familia, pero –especialmente- la relación madre-hijo (porque al principio la teoría del doble vínculo fue formulada en términos diádicos únicamente).

Al analizar los intercambios de los pacientes con sus familias, distinguen un quiebre en la comunicación entre madre e hijo y lo explican teniendo como marco teórico de referencia la teoría de los tipos lógicos que Russell había desarrollado a comienzo del siglo XX. En la interacción madre-hijo se confundían mensajes de tipo lógico diferente, siendo imposible su discriminación en forma apropiada. Cuando tipos lógicos de orden diferente se combinaban entre sí, se producía inevitablemente una paradoja. Bateson y sus colegas observaron que en las familias con un miembro esquizofrénico, se transmitían mensajes mutuamente excluyentes, de diferentes niveles lógicos, y en forma simultánea.

Así, postulan que la enfermedad es un fenómeno comunicativo, productos de las relaciones familiares, es decir, producto de la interacción, a diferencia de las explicaciones

psiquiátricas tradicionales que adosaban el síntoma a un solo sujeto, conceptualizándolo como fenómeno intrapsíquico.

Su hipótesis del doble vínculo expresa la necesidad de ciertos ingredientes para que se produzca este dilema relacional:

- 1) Dos o mas personas en una relación intensa, con valor de supervivencia para uno de ellos (consecuentemente: otorga control de uno sobre el otro)
- 2) Experiencia repetida, habitual. Todos alguna vez hemos estado expuestos a dobles vínculos, pero son experiencias aisladas. Distinto es cuando esa experiencia se convierte en la forma habitual de relación con un otro significativo, especialmente si esta pauta de relación se gesta en la infancia.
- 3) El mensaje: (a) afirma algo y (b) afirma algo de su propia afirmación y (c) ambas son mutuamente excluyentes
- 4) Imposible salirse del marco establecido, por ejemplo, metacomunicando (elaborando un mensaje en un nivel lógico distinto). La única manera en que se podría escapar sería señalando la imposibilidad de realizar lo que el otro pide, burlarse o abandonar el campo. En relaciones doble vinculares no es posible llevar a cabo ninguna de estas salidas. En las interacciones, la metacomunicación sirve para señalar el contexto, que determina cómo debe entenderse y evaluarse la conducta. Metacomunicar es esencial para los intercambios sociales exitosos, nos permite discriminar en forma correcta los mensajes que se emiten y reciben en la interacción con otros (Stierlin et al., 1984).

Es importante destacar que los ingredientes en conjunto dejan de ser necesarios, cuando la pauta de comunicación queda establecida. Es éste un modelo de comunicación que se autoperpetúa (Watzlawick et al., 1967); el doble vínculo se conforma en modelo de vida, ya que dichas pautas de comunicación se repiten a través del tiempo.

Como efectos de una situación de este tipo, los autores mencionan que la “víctima” comienza a dudar de sus percepciones y a sentirse desorientado, desvalido y muchas veces, exasperado. El sujeto ingresa en un tipo de conducta que la psiquiatría clásica llamaba discordancia mímica, permanece abstraído ante los estímulos y queda absorto o bien literaliza las respuestas sin captar las metáforas del lenguaje. Asimismo, su sistema metacomunicativo ha colapsado. Sus mismos mensajes son confusos, atrapados en la lógica del doble vínculo.

Los enunciados que emiten -que son de tipo metafórico y que lo muestran a los ojos del mundo como alguien enfermo- pueden interpretarse desde esta teoría como maneras de defenderse contra la situación interaccional en la que se encuentran. Es éste uno de los principales aportes de esta teoría: los síntomas dejan de ser conducta inapropiada y desadaptada, para volverse funcionales. Son maniobras en una lucha desesperada (Hoffman, 1981) o respuestas lógicas a una situación ilógica (Laing y Esterson, 1971; citado en Hoffman, 1981).

En el análisis de la situación familiar que vive el esquizofrénico, los autores postulan la idea de una madre que se angustia cuando se produce un encuentro íntimo con su hijo. Sin embargo, estos sentimientos de rechazo no pueden ser conscientemente aceptados, por lo que expresa una supuesta conducta de amor, para que el niño le responda como a una madre amorosa. Detrás de este afecto simulado, ya dijimos, se encuentra un rechazo hostil hacia el hijo. Son, entonces, dos mensajes distintos, por un lado la conducta hostil, por otro la conducta de amor que intenta esconder la primera. La madre, en definitiva, intenta controlar la cercanía con su hijo, quien no sabe cómo debe interpretar la situación que está viviendo, distorsionando -finalmente- sus percepciones y quedando atrapado en una situación doble vincular. En esta relación falta un tercero que intervenga (¿el padre?), que realice una función de corte en este juego contradictorio del que participan mamá e hijo.

Otro de los aportes fundamentales para la terapia familiar, radica en la idea de Jackson (1954) al postular a la familia como sistema homeostático, haciendo referencia a la obstinación con que las familias se oponen al cambio, aun cuando signifique el mejoramiento de un miembro querido del grupo familiar (Hoffman, 1981).

Posteriormente, hacia los años 60's, el mismo grupo reformula algunas cuestiones de su teoría. Así, Weakland comienza a considerar el comportamiento esquizofrénico en tríadas en lugar de díadas, interesándose especialmente en las coaliciones. Bateson acuña la frase "la danza infinita de las coaliciones cambiantes" (1971; citado en Hoffman, 1981) para dar cuenta del tercero involucrado en la mayor parte de las interacciones bilaterales, que no corresponde siempre a la misma persona, sino que puede ir rotando según el acontecimiento que tenga lugar.

Por supuesto, los apresamientos y trampas por una situación doble vincular no se limitan a la esquizofrenia únicamente. Así, Slusky habla de violencia familiar, pero también de violencia política, donde aquel que se supone garante de mi seguridad -el Estado- arremete contra mi bienestar, con actos violentos. Se produce la transformación de la fuente de protección en fuente de terror en un contexto engañoso, ya que, señala dicho autor, el acto de violencia se re-rotula, justificando de esta manera las acciones cometidas. En una familia, podemos escuchar los típicos mensajes del tipo: “te pego por tu bien, porque te quiero”. “Te celo porque te amo”, “Te maltrato porque me interesas”. Es un contexto que “mistifica o deniega las claves interpersonales mediante las cuales la víctima reconoce o asigna significados a los comportamientos violentos y reconoce su capacidad de consentir o disentir” (Slusky, 1994, p. 353)

El doble vínculo puede ser utilizado con fines terapéuticos también. Existen los llamados “dobles vínculos terapéuticos”, que intentan –a través de distintas intervenciones paradójales- “proveer lo que el sistema mismo es incapaz de generar: un cambio de sus propias reglas” (Watzlawick et al., 1967, p. 216). Las paradojas en psicoterapia tienen el objetivo de invalidar las paradojas patogénicas con las familias han funcionado durante algún tiempo.

Se utilizan especialmente con familias o pacientes resistentes, que presentan al terapeuta mensajes paradójicos del tipo “ayúdenos a cambiar, sin cambiarnos”. Por ejemplo, se prescribe al paciente una conducta que refuerza el comportamiento que el paciente espera que se modifique, creando una paradoja del tipo “cambie, permaneciendo igual”.

Actualmente esta teoría ha sido dejada de lado, especialmente por los nuevos descubrimientos a nivel biológico que se han realizado sobre esta enfermedad. Probablemente sea cierto...el concepto de doble vínculo seguramente no aportó demasiado a la etiopatogenia de la esquizofrenia, pero –sin duda alguna- facilitó investigar los efectos que una red de comunicación puede tener sobre la conducta humana.

## **1.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Posmoderna.**

Hace algunos años, algunos terapeutas comenzaron a cuestionar ciertos aspectos de la teoría y práctica dentro del campo de la terapia familiar.

En la década de los 80's los enfoques posmodernos irrumpen en este campo, resonando con gran auge en la práctica de muchos terapeutas. Dentro de este marco epistemológico, han surgido algunas alternativas terapéuticas que toman como base el construccionismo social y han dado lugar a explicaciones sobre el papel constructivo del observador en cualquier proceso de observación y sobre cómo se construye la realidad; especialmente sobre el papel que juega la construcción de significados y el lenguaje en la experiencia de las personas.

A la vez, desde varios ámbitos, surge como propuesta alternativa el constructivismo, paradigma que nos remite a una forma diferente de aprehender el mundo, en base a la participación activa del sujeto en la construcción del mismo. Es el sujeto quien, en base a conocimientos y experiencias previas, construirá su universo de significados. Mientras que el construccionismo social pone el acento en el papel del lenguaje y la interrelación con otros en la construcción de nuestra subjetividad, el constructivismo parte de la responsabilidad del sujeto y sus procesos mentales en su propio aprendizaje. Por ejemplo, Maturana (1984) subraya que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro propio sistema nervioso; ha demostrado que aquello que nosotros vemos no existe en tanto que tal, sino que resulta de la actividad interna que el mundo externo dispara en nosotros. Gracias a los pensadores constructivistas, los terapeutas familiares han sido llevados a descubrir que la construcción mutua y consensuada de lo "real" en psicoterapia, cuenta más que la búsqueda de la verdad o de la realidad (conceptos asociados al modernismo).

De esta manera, percibimos que el constructivismo está ligado aún a la tradición occidental del individualismo en la medida en que describe la construcción del saber a partir de procesos intrínsecos al individuo, mientras que el construccionismo social, por el contrario, busca remontar las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales. Desde un paradigma construccionista, el mundo se construye en las diferentes formas de relación, más que en el interior de la mente del sujeto.

Dichas ideas surgen de la mano de semiólogos y críticos literarios (Hoffman, 1981), que tiñen el campo terapéutico con el término "narración", desplazando el foco de la terapia a la conversación. El construccionismo social (Gergen, 1985) cuestiona las premisas según las cuales los terapeutas elaboran teorías y prácticas, el nuevo paradigma cuestiona la misma identidad del terapeuta. Y el lenguaje se convierte en la esencia del proceso terapéutico.

Según Hoffman (1981) este movimiento representó un ataque a la concepción cibernética de la familia como sistema homeostático y al sistema consultante-terapeuta pensando a la luz de un proceso jerárquico y unidireccional. El proceso de cambio pasa a ser bilateral: se le quita al terapeuta el control de la eficacia de sus herramientas técnicas, cuestionando su posición de superioridad, de experto dueño de un saber y artífice primordial de las intervenciones hacia el cambio. Este principio -presente en modelos anteriores- se reemplaza en la terapia entendida como construcción social por la posibilidad que tienen terapeuta y cliente de trabajar juntos para co-crear historias nuevas, más “amigables”.

Se le otorga especial relevancia al mundo del lenguaje, ya que vivimos en realidades formadas por las narraciones que construimos en colaboración con nuestros otros significativos, que organizan nuestra experiencia y definen nuestra identidad. Keeney (1983) menciona que es éste “el cuchillo epistemológico con el que cortamos el mundo en fragmentos y pedacitos y le ponemos nombres, nombres de nombres y nombres de nombres de nombres” (p.128). Los sistemas humanos se entienden como sistemas lingüísticos; el sistema terapéutico, consecuentemente, también lo es. El material de trabajo del terapeuta son las historias de las personas, que revelan de qué manera la gente puntúa su mundo; es decir, nos acercan a sus premisas epistemológicas.

Así, las ideas, conceptos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, por las convenciones del discurso. No hay verdades universales, solo distintas aproximaciones a lo real, que aparecen en forma de relatos acerca del mundo. Las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades, que se mantienen a través de la interacción social; es decir, los contextos creados por los individuos brindan significado a lo que ellos mismos hacen.

Los precursores de este movimiento se ubican en puntos geográficos distintos, pero muestran un desarrollo de ideas y prácticas paralelas. En Estados Unidos, encontramos a Anderson y Goolishian, fundadores en 1977 del Galveston Family Institute, con su enfoque colaborativo (inicialmente llamado “Enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración”). Por su parte, en Noruega, Tom Andersen reformula el uso que se le daba tradicionalmente al equipo terapéutico, proponiendo el innovador trabajo con equipos reflexivos.

Michael White, desde Australia, es el principal exponente del modelo narrativo, que crea nuevas formas de trabajar con sus pacientes, a partir de las ideas posmodernas.

Como fue mencionado, el posmodernismo no está peleado con la categoría de “realidad”; mas bien se interesa en conocer cómo el lenguaje, el poder, la historia y nuestras construcciones sociales moldean lo que consideramos como “realidad”, como la “verdad” (Limón Arce, 2005). Como consecuencia de este punto de vista, observamos que la realidad no es única y total; existen muchas realidades diversas que explican cómo las personas actuamos y nos relacionamos con otros y otras. Y el lenguaje sirve tanto para construir estos mundos diferentes, como para transmitirlos convertidos en significados múltiples, que se abren como abanico, como múltiples voces ante lo “real”. Tambalea el mundo de las verdades fundamentales y las normas inmutables, para dar cabida a las verdades socialmente construidas, a los significados transitorios y cambiantes, de acuerdo a cada situación, a cada contexto.

A partir de esta nueva manera de mirar el mundo, surgen nuevos modelos para intervenir psicológicamente. Todos ellos serán revisados en capítulos posteriores, pero comentaremos aquí, en forma breve, sus principales características.

El posmodernismo se expresa en la práctica terapéutica de diversas maneras, pero es central la “preferencia por la adopción del lenguaje, las metáforas y las historias que encajan con clientes, comunidades y culturas específicas” (Limón Arce, 2005, p.23).

Para Anderson y Goolishian (1988; citado en Gergen, 1992), los modelos cibernéticos, cognitivos e, incluso, los constructivistas emergían como enfoques limitados, que no consideraban cómo los seres humanos generamos significados a partir de las conversaciones con otros.

Dada la importancia otorgada al lenguaje en este enfoque, el papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, creando un espacio diferente que facilite el diálogo, a través de preguntas conversacionales o circulares formuladas desde una posición de ignorancia y curiosidad (Anderson y Golishian, 1988; citado en Gergen, 1992). Esto último implica preguntar con la necesidad de saber más de lo que acaba de decirse, pero también que la comprensión del terapeuta acerca de lo que sucede en el proceso terapéutico no se vea condicionada o limitada

por sus experiencias previas, la postura teórica a la que adhiere, sus prejuicios, etc. Los problemas se exploran conjuntamente, dándosele un lugar privilegiado a la singular cosmovisión de cada cliente, a los significados desarrollados “localmente<sup>2</sup>”. Consideraban incluso a los modelos de terapia directiva como patologizantes. Su propuesta radica en la posición que asume el terapeuta de ignorancia deliberada; posición que implica realizar preguntas desde un lugar honesto y curioso de “no saber”. Esto, a su vez, tiene un curioso efecto en los clientes: fomenta su participación e involucramiento.

Cecchin (1998, citado en Elkaim, 1994) propone que la inexistencia de hipótesis mantiene viva la curiosidad del terapeuta hacia la persona o familia que acude a su consultorio: “nunca sabemos realmente lo que pasa; siempre hay algo que ignoramos” (p. 63). Respecto a los sistemas familiares, Cecchin (1996) menciona que lo único que un terapeuta puede hacer es intercambiar, interactuar con ellos desde la propia curiosidad, mostrando un “respeto sistémico” que le permita acercarse al sistema sin prejuicios ni ideas preconcebidas. Y mostrarse curioso tiene un efecto, es interferir en la realidad. Da curiosidad saber cómo funciona la gente, no buscar qué está bien y qué está mal, sino ver –simplemente- cómo es.

Por su parte, Andersen (1994) se mueve en su práctica del equipo de terapeutas expertos (que decía a sus clientes lo que tenían que hacer) hacia el surgimiento del trabajo en equipos reflexivos en 1984, en el que se permite que los clientes oigan y vean la forma en que dicho equipo trabaja. La noción de reflexionar delante de los clientes, tiene que ver con hacer públicas estas conversaciones, compartir los diálogos con ellos, hacerlos transparentes. No se intenta provocar cambios, sino generar un espacio donde los problemas se exploren conjuntamente, en el marco de un proceso dialógico donde puedan surgir diferentes narraciones, que otorguen, a su vez, nuevas comprensiones a la propia vida. Como actitud terapéutica prevalece la colaboración, y el lenguaje es visto como conversación, intercambio dialógico.

La equidad en la participación entre terapeuta y clientes se hace evidente. En este modelo, se sostiene una posición no jerárquica entre ambas partes, pugnando por un enfoque de colaboración donde todos estén igualmente involucrados.

---

<sup>2</sup> Según los autores, el término “local” refiere al lenguaje, significado y comprensión desarrolladas entre las personas que dialogan (Anderson y Goolishian, 1988).



## **2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica.**

### **2.1. Modelos Sistémicos**

#### **2.1.1. Modelo Estructural**

##### **Introducción**

El modelo estructural en terapia familiar nace de la mano de Salvador Minuchin, médico psiquiatra nacido en Argentina en 1921. Este enfoque es -desde los años 70's- uno de los modelos emergentes más desarrollados y reconocidos por los terapeutas familiares.

Minuchin se encuentra ligado a Nathan Ackerman, uno de los grandes precursores dentro del campo de la terapia familiar. A partir de una experiencia realizada por los años 30's con un grupo de mineros de Pensilvania, Ackerman comienza a interesarse en el impacto de la interacción familiar en los problemas emocionales que presenta un individuo. Interesado en el papel que cumple la dinámica familiar en la patología de sus pacientes, se le reconoce como uno de los primeros psiquiatras en considerar a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico, citando a todos sus miembros a sesión y dando el puntapié inicial para una nueva modalidad de tratamiento. En 1960 funda el Family Institute en Nueva York; institución que -después de su muerte en 1971- recibe el nombre de Ackerman Institute (Sánchez, 2002). Minuchin realiza su formación en éste instituto y cuenta con el apoyo de Ackerman como supervisor y profesor cuando inicia sus trabajos en la Wiltwick School en la misma ciudad (Gurman y Kniskern, 1991; citado en Sánchez, 2002).

Hacia los años 60's, Minuchin ya se encuentra instalado en Estados Unidos, país donde desarrolla su trabajo terapéutico con poblaciones marginales y con familias que tenían miembros psicossomáticos. El trabajo con delincuentes y sus familias en el colegio Wiltwick, nos muestra un Minuchin con un desafío particular: ayudar a los miembros de la familia a encontrar formas para calibrar sus relaciones (Minuchin et al., 1967). Desempeña su labor influido fuertemente por las propuestas teóricas de la terapia sistémica, pero encuentra y propone formas novedosas para abordar los problemas.

En 1965 se convierte en director de la Child Guidance Clinic, en Filadelfia, y desarrolla allí un programa de atención y prevención para familias marginadas, contando con el apoyo de Jay Haley (que luego desarrollará su propio modelo), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo y Rosman.

En 1969, Minuchin, Haley, Montalvo y Rosman desarrollaron un exitoso programa de entrenamiento en terapia familiar que ponía énfasis en la experiencias de los futuros terapeutas, la supervisión "on line" y el uso de videograbaciones para aprender y aplicar las técnicas de éste modelo (Eguiluz, 2004).

Jorge Colapinto es psicólogo, coautor de "Working with families of the poor" (1998) con Patricia Minuchin y Salvador Minuchin; actualmente se desempeña como director del *Foster Care Project* en el Instituto Ackerman para la Familia en Nueva York. Se ha involucrado en especial con el trabajo con niños en situación de tutelaje (foster families<sup>3</sup>).

Braulio Montalvo es psicólogo y trabaja en la Universidad de Nuevo México como consultor de un grupo llamado "Cuidados del desarrollo", que trabaja en los hospitales de ésta región de frontera, donde hay muchas familias pobres y jóvenes, muchas adicciones y altos niveles de violencia.

Asimismo, Pat Minuchin, su esposa y colaboradora, se ha dedicado a la atención e investigación de poblaciones con bajos recursos.

En 1967, Minuchin y sus colegas escriben "*Families of the slums*", libro que refleja su pasión política en defensa del desvalido, convencidos de la necesidad de enseñar a la gente de bajos recursos económicos a tornarse competente en el mas importante laboratorio social: la familia.

En 1975 Minuchin deja de ser director de la Philadelphia Child Guidance Clinic. En 1981 funda el centro Family Studies Inc. en Nueva York, y posteriormente el Minuchin Center for the Family en la misma ciudad, donde actualmente se desarrollan programas de atención terapéutica, de investigación y entrenamiento a terapeutas.

---

<sup>3</sup> En inglés, la expresión "foster care" designa el cuidado temporario o permanente de un niño bajo la tutela de una familia extraña o institución.

Desde su temprano trabajo con delincuentes y sus familias en la escuela Wiltwyck de Nueva York, en los años sesenta, hasta la fundación de su instituto, él fue, probablemente, el más renombrado - y más imitado - terapeuta familiar en el mundo, líder visionario y sabio clínico, que deja un legado sólido en el campo de la terapia familiar.

### **Principios y conceptos básicos del modelo estructural.**

Desde el aspecto teórico y práctico, este enfoque es consistente con los aportes y postulados de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética.

En concordancia con la terapia sistémica, el modelo estructural se rige por un supuesto básico: en el trabajo con un sujeto y su problemática, es necesario incorporar el contexto social significativo con el cuál el sujeto interactúa. No es sólo la psique individual lo que se pone en juego, sino aquellas estructuras que nacen de la interacción entre sujetos, que van más allá del individuo solamente. Watzlawick (1994; citado en Elkaim, 1994) hace referencia a ese “*mas y otra cosa*” que surge en las relaciones familiares, distinto a las contribuciones individuales que cada quien aporta al vínculo. De esta manera, se considera que la conducta de un sujeto no es independiente de las condiciones ambientales ni producto de procesos intrapsíquicos, sino el resultado del interjuego entre las partes del sistema que interactúan (Stierlin et al., 1984). Individuo y ambiente se influyen recíprocamente, en un proceso continuo, permanente.

Minuchin (1979) señala que la familia es una unidad de desarrollo psicosocial que enfrenta una serie de tareas de desarrollo; tareas que pueden diferir de acuerdo a las diferencias culturales. Esto significa que la familia experimenta cambios y acomodaciones en sus estructuras, a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar. A pesar de dichos cambios, la familia es una invariante; se necesita siempre y en toda sociedad una agencia socializadora. Ambos, familia y sociedad, se redefinen permanentemente, en un juego dialéctico de continuo movimiento; los cambios en la sociedad provocan cambios en las funciones familiares y viceversa.

La familia -como unidad social y matriz de identidad- cumple con dos funciones primordiales: por un lado, proporciona a los individuos un ambiente de protección psicosocial en donde desarrollarse; por otro lado, permite también que sus miembros se acoplen al sistema

social del que forman parte, garantizando la continuidad de la cultura. Somos seres sociales desde que nacemos.

La familia funciona regida por pautas transaccionales que regulan la conducta de cada uno de los miembros; dichas negociaciones son eficaces, porque permiten que el sistema se mantenga, resistiéndose a los cambios que sobrepasan determinado nivel de tolerancia. Sin embargo, este mecanismo homeostático que protege a la familia, puede ser también un arma de doble filo al impedir que la estructura familiar se adapte a determinadas situaciones cambiantes, es decir, debe estar latente la posibilidad de reestructurarse y emitir pautas y conductas alternativas, ante la demanda de un cambio. A pesar de sus altos costos, un síntoma puede emerger como mecanismo regulatorio, necesario para mantener la estabilidad familiar.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Minuchin (1979) proporciona un esquema conceptual de una familia “normal”, señalando principalmente la importancia de las reestructuraciones funcionales de las familias ante los cambios que ocurren a lo largo de su vida. La familia debe ir adaptándose a dichos cambios, a pesar de experimentar stress (provocado por situaciones del contexto o de sus miembros, o por procesos transicionales por los que va pasando la misma familia). Si la familia responde a dichas situaciones apeándose a esquemas previos, sin incorporar una respuesta novedosa, entonces pueden aparecer pautas disfuncionales que generen -entre otras cosas- mucho malestar. Resulta importante evaluar aquí la flexibilidad del sistema para adaptarse a las demandas externas e internas. La respuesta al stress debe permitir reestructurar funciones, roles, etc. pero al mismo tiempo debe garantizar y mantener la continuidad de la familia.

Identificar la estructura de cada familia –entendida como el “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1979, p.86)- es esencial para poder cambiar un sistema. Subsistemas, límites, jerarquía, alianzas, coaliciones y triángulos emergen como elementos que dan cuenta de la estructura familiar.

Las familias están organizadas funcionalmente en subsistemas, que determinan las funciones que inevitablemente en la familia deben cumplir juntos algunos de sus miembros. Los individuos pueden pertenecer a más de un subsistema (formados por edad, responsabilidades, género, etc.), con funciones, habilidades y niveles de poder diferenciados en cada uno de ellos.

Las familias también ponen en juego determinados límites, entendidos como las reglas que definen los modos de participar en cada familia, evitando interferencias y facilitando el intercambio y el contacto con los otros miembros. Los distintos subsistemas pueden poner en marcha sus propios límites para diferenciarse y protegerse de la interferencia de otros subsistemas familiares y de otros sistemas, permitiendo al mismo tiempo el contacto con ellos. Asimismo, existen dentro de una familia distintos niveles de jerarquía, que indican las posiciones que ocupan los miembros de la familia entre sí.

Minuchin (1979) realiza un aporte original al promover dentro del ámbito terapéutico el análisis del tipo de límites que prevalecen en la familia que acude a consulta. En el continuo “límites difusos-límites rígidos” –y en su correlato transaccional “familias aglutinadas o desligadas”- encontramos la adecuada alternativa de los límites claros, que permite a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias.

Finalmente, las alianzas y coaliciones otorgan una poderosa información acerca del funcionamiento de una familia. Minuchin sostiene que los sistemas familiares disfuncionales se organizan en alianzas o coaliciones. Mientras que las alianzas suponen una mayor cercanía entre miembros de una familia, frente a otro, las coaliciones consisten en alianzas directas contra un miembro de la familia.

Las metas terapéuticas en este modelo consisten en que -a partir del conocimiento de las modalidades de interacción de una familia- se modifique la estructura familiar, con el objetivo de propiciar un cambio. Al cambiar la organización de una familia, se modifica también la experiencia subjetiva de sus miembros. El significado del síntoma debe, asimismo, ser redefinido, estableciendo una relación funcional entre éste y el sistema (Minuchin, 1979). El terapeuta intenta modificar dicha organización en el presente; no recurre al pasado en busca de sus orígenes ni utiliza la interpretación de esos sucesos. El terapeuta persigue este objetivo, confiando en la propiedad de autoperpetuación del sistema familiar: una vez producido un cambio, la familia lo preservará fuera del consultorio. En la terapia, el profesional se considera a sí mismo como herramienta de cambio, activo y creativo, que integra su propia conducta al sistema y utiliza su persona para transformarlo.

## **Estrategias y técnicas de intervención**

Conocer la modalidad de interacción de una familia no es tarea sencilla. Difícilmente la estructura familiar se presenta en los primeros encuentros. El terapeuta debe, a través de la co-participación, unirse a la familia, integrarse en ese sistema de personas interdependientes y experimentar la realidad como ellos mismos la vivencian.

Dicho proceso de asociación es el punto clave para la creación del sistema terapéutico, que permite la posibilidad de la reestructuración de las pautas disfuncionales que rigen a la familia, entendiendo al terapeuta como líder del sistema creado. Este paso es fundamental para el terapeuta, que no podrá transformar un sistema familiar si no ha logrado incorporarse en forma íntima y sintónica a éste. Entonces, se respeta la estructura existente, para poder luego cuestionarla en sus diferentes manifestaciones (Minuchin, 1989; citado en Eguiluz, 2004).

En la formación del sistema terapéutico, encontramos las funciones de unión y acomodamiento, dos caras de la misma moneda, que describen un proceso bilateral, donde tanto el terapeuta como la familia se acomodan mutuamente para poder “danzar” juntos. El proceso de unión-acomodación con la familia permite al terapeuta explorar el sistema, encontrar versiones diferentes a la “versión oficial” del problema presentado y realizar, en definitiva, un diagnóstico. En este enfoque, no existe una división entre los procesos de evaluación y los de intervención, ambos están entremezclados.

Desde el comienzo, el terapeuta elabora hipótesis de lo que sucede en determinada familia; hecho que no implica permanecer encadenado a dichas hipótesis (que son sometidas a prueba con el correr de las sesiones), sino tomarlas como marco de referencia útil, un plan de trabajo inicial para comenzar a sondear la organización familiar. El terapeuta tendrá, entonces, una estructura familiar especulativa, que proporciona una primera impresión sobre la familia como un todo, incluso desde la información recogida en la llamada telefónica de primer contacto.

Dicho diagnóstico aparece en el mapa familiar -esquema sencillo y útil que permite organizar los datos provenientes de diferentes tipos de información: los aspectos verbales, el lenguaje no verbal y también la observación de quién habla, a quién y cuándo. En terapia familiar, el problema del paciente identificado refleja, en realidad, un problema que afecta al

sistema familiar en su totalidad, por ello, las primeras intervenciones tendrán como meta ampliar la conceptualización del problema para incluir, no solo la demanda de “solución” del problema<sup>4</sup> del paciente identificado, sino también las transacciones disfuncionales de la familia como un todo.

Un diagnóstico estructural tiene la característica de ser evolutivo y relacionado con el contexto social de la familia. Permite también ver la prognosis de otra manera, ampliando el foco de atención a un sistema compuesto por personas interconectadas que se influyen mutuamente.

Para realizar un diagnóstico estructural el terapeuta se concentra en la estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles. Asimismo, debe tener en cuenta la flexibilidad del sistema (su capacidad de reestructuración) y el estadio de desarrollo en el que se encuentran, incluyendo sus fuentes de apoyo y de estrés, es decir, el contexto mayor en el que dicho grupo está inserto.

El diagnóstico incluye también la forma en que la familia responde al terapeuta, es decir, cómo éste último impacta en ella. Es un diagnóstico realizado “desde adentro”, por lo tanto el terapeuta debe reconocer su propia influencia en lo que sucede en el nuevo sistema creado: el sistema terapéutico.

Para lograr sus metas en el proceso terapéutico, en éste modelo se proponen tres estrategias principales, entendiéndolas no como un fin en sí mismas, sino como las vías para alcanzar el cambio. Dichas estrategias son: A) Cuestionamiento del síntoma, B) Cuestionamiento de la estructura y C) Cuestionamiento de la realidad (Minuchin y Fishman, 1984).

#### **A. Reencuadre: Cuestionamiento del síntoma**

Implica el cuestionamiento de la definición que la familia da del problema, moviendo el foco del paciente identificado a la interacción familiar. Los sujetos acuden a terapia con las propias historias y versiones que han creado sobre su vida, muchas veces con una detallada evaluación y definición de lo que está sucediendo. Por lo general, demandan

---

<sup>4</sup> Problema que, por otro lado, propicia el mantenimiento de las pautas disfuncionales de una familia.

ayuda para esa realidad que han encuadrado, desconociendo que las verdades familiares pueden estar actuando como rígidos rótulos que simplemente propician el mantenimiento del problema en una suerte de “tenacidad homeostática no reflexiva como respuesta a las tensiones” (Minuchin y Fishman, 1984, p.88). En este enfoque, no obstante, se les ofrece una nueva realidad: la realidad terapéutica, que puede presentarse como una realidad distinta, contrastante con la de la familia. Esta variación permitirá dar un encuadre distinto, con el objetivo de que el grupo familiar maneje en forma mas eficiente su realidad disfuncional.

Esta estrategia puede llevarse a cabo a través de tres técnicas básicas:

### **A.1 Escenificación**

Generalmente, en una sesión terapéutica la familia deja de comportarse como habitualmente lo hace, y comienza a narrar, en forma controlada, su “versión” de los hechos, que puede tener poco que ver con lo que pasa fuera del consultorio. La escenificación, en cambio, permite vivenciar la realidad de la familia tal como sus integrantes la definen, recuperando las formas habituales de relación de un grupo familiar. Este recurso no se utiliza en forma ocasional; mas bien constituye una herramienta “integrada al modo de ser espontáneo del terapeuta, una actitud siempre presente y siempre insistente (...)” (Minuchin y Fishman, 1984, p.106).

El terapeuta asiste a la familia para que escenifiquen sus interacciones en el contexto de la terapia, situación análoga a lo que ocurre en otros contextos, donde se ponen en evidencia los patrones disfuncionales en el aquí y ahora de la sesión y se obtiene rica información en relación a las reglas que presiden sus pautas de interacción. El terapeuta, inserto en el sistema, observa al comienzo las interacciones espontáneas para luego decidir sobre cuáles trabajar, proponiendo modalidades de interacción distintas, es decir, puede cambiar las variables en juego (por ejemplo, puede pedir que prolonguen una interacción que normalmente se vería interrumpida). Esto le permite explorar la flexibilidad del sistema, cuando las circunstancias son modificadas.



## **A.2 Enfoque**

Cuando se encuentra con una familia, el terapeuta es inundado por la información que sus miembros brindan. Resulta necesario, entonces, ordenar estos datos en un esquema que les otorgue sentido y que promueva, a la vez, el cambio.

Sin perder de vista el contexto total, el terapeuta enfocará en aquellas áreas o temas relevantes para la consecución de la meta terapéutica; elegirá algunos elementos de la interacción familiar para trabajar con ellos, profundizando y focalizando en un área delimitada. Esto permite, consecuentemente, evitar la multiplicidad de temas que generarían confusión y desazón al terapeuta.

El terapeuta se basa en el supuesto de que las interacciones en una familia son isomórficas, es decir, al focalizar en un segmento de su experiencia, podrá obtener información relevante sobre las reglas que gobiernan las relaciones familiares en otros contextos.

La técnica del enfoque permite obtener una visión multidimensional del fenómeno que estamos observando, pero tiene un riesgo inherente: si el terapeuta focaliza en un tema, puede ignorar o descuidar otros aspectos, igual o más importantes que el que decidió iluminar. En ese sentido, deberá estar sensible a la retroalimentación familiar, que le indicará si el camino elegido es apropiado.

## **A.3 Logro de intensidad.**

Emitir mensajes terapéuticos no siempre implica que éstos sean recibidos por el sistema familiar. El terapeuta se encuentra frecuentemente con el problema de hacer llegar el mensaje que desea transmitir a los miembros de la familia, quienes en ocasión presenten algunas áreas de “sordera selectiva” contra las que tropieza lo que el profesional intenta transmitir.

No obstante, es fundamental que el terapeuta supere el umbral de sordera de la familia y logre ser escuchado. Escuchar tiene que ver no solo con oír, sino con la posibilidad de que los miembros del sistema reciban el mensaje de modo que los incite a experimentar

su definición del problema y de la familia, desde una aproximación distinta, novedosa. El terapeuta debe estar alerta a la retroalimentación que ofrece la familia en forma permanente, que indica si su mensaje ha sido recibido y cuál es el efecto que ha causado en ellos.

Existen distintas técnicas a las que el terapeuta puede recurrir en la tarea de “hacerse oír”, puede repetir mensajes, con idéntico contenido o distintos en la superficie pero idénticos a un nivel más profundo. Puede también modificar el tiempo de interacción, o cambiar la distancia (tanto física como psicológica) entre los miembros del sistema,

## **B. Reestructuración: Cuestionamiento de la estructura familiar**

Las formas de pensar sentir y actuar de los integrantes de la familia dependen, en gran medida, de la posición que cada quien ocupa dentro de diferentes subsistemas familiares. El mapa que se forma el terapeuta -a modo de diagnóstico vivencial del funcionamiento de una familia- señala dicha posición, indicando alianzas, coaliciones, chivos emisarios, etc. Evidencia, en definitiva, sectores de fortaleza y de disfunción. Al cuestionar las reglas que gobiernan un sistema familiar, podemos provocar un cambio en la percepción que sus miembros tienen de sí mismos y del resto.

Durante el proceso terapéutico, el terapeuta cuestiona el modo en que la familia ha estructurado su realidad, entendiendo que sus miembros han creado definiciones de sí mismos que les permiten organizar los hechos y -aun con ciertas áreas de malestar- funcionar como un grupo familiar. Las relaciones se mantienen por esta manera compartida de organizar las interacciones cotidianas.

En ocasiones, reestructurar a una familia es una tarea ardua, especialmente cuando la organización familiar impide o dificulta el funcionamiento en subsistemas diferenciados.

Esta estrategia puede llevarse a cabo a través de tres técnicas básicas:

## **B.1 Fijación de fronteras**

Fijar fronteras es una técnica que permite regular el tipo de intercambio y contacto que existe entre los subsistemas familiares.

Cuando un sujeto participa en un subsistema, generalmente activa ciertas conductas, en detrimento de otras, no apropiadas (desde su óptica) para desplegarse en dicho contexto. Queda, de esta manera, un repertorio de conductas potenciales, que no son utilizadas pero que pueden ponerse en acción si el terapeuta lo considera apropiado según su meta terapéutica. Éste último punto es elemental: el trazado de fronteras por parte del terapeuta debe tener una razón de ser, que consiste en la consecución de la meta del proceso terapéutico.

Esta técnica puede apuntar a modificar la participación de los sujetos en los distintos subsistemas, la distancia psicológica que existe entre ellos y/o la duración de la interacción en un subsistema específico.

## **B.2 Desequilibramiento**

Es ésta una técnica que se utiliza para cambiar las jerarquías en los vínculos que se establecen entre los miembros de un sistema, cuestionando la distribución del poder en el seno de la familia.

El simple hecho de introducir al terapeuta en el sistema provoca cambios en la estructura familiar; sus integrantes de inmediato reordenan la distribución del poder, otorgándole al terapeuta un lugar privilegiado en tanto dueño del saber y los conocimientos necesarios para ayudarlos en el proceso de cambio. Sin embargo, dentro de las expectativas familiares, se encuentra implícita la demanda de que el profesional actúe como juez objetivo, que determine en forma equilibrada lo que ellos quieren escuchar. Una vez más, el terapeuta estructural romperá con esta fantasía desde el comienzo: puede aliarse a algunos subsistemas, coalicionar con unos en contra de otros, etc. Es decir, provoca el desequilibramiento del sistema, operando con modalidades no habituales en los miembros de un grupo familiar, a fines de explorar nuevas formas de relación entre ellos. Esta maniobra contiene el germen del cambio en

sí misma: todo cambio en la jerarquía que se juega habitualmente en una familia, puede producir un cambio en las perspectivas personales en relación a las interacciones permitidas en determinado grupo. Propicia la elaboración de modalidades diferentes de relación.

Las técnicas de desequilibramiento pueden agruparse en tres categorías, que indican, a su vez, distintos grados de participación del terapeuta. Por lo general, el terapeuta puede utilizar diversas técnicas, pero debe estar dispuesto a cambiarlas según los mensajes que envíe la familia a modo de retroalimentación, entendiendo que, con su maniobra, generará un estado de tensión en el sistema que puede provocar respuestas variadas de cada uno de sus miembros.

Así, el terapeuta puede aliarse o formar una coalición con uno de los miembros o subsistemas, con el fin de modificar su posición jerárquica; puede asimismo ignorar a algunos miembros, como si éstos no existieran, realineando las jerarquías familiares.

### **B.3 Enseñanza de la complementariedad.**

En éste enfoque es sumamente importante el concepto de reciprocidad en las relaciones. Los seres humanos generalmente tendemos a tener una versión unilateral y exclusiva de la realidad. Cada quién se escuda en sus propias versiones sobre los hechos, desconociendo la unidad mas amplia donde dichos hechos podrían ser considerados desde otro punto de vista.

En terapia familiar -en cambio- se trabaja teniendo en cuenta al individuo como un todo, pero -especialmente- siendo parte de un todo (su familia, básicamente). Los miembros de un sistema formado por seres humanos son interdependientes, ejercen influencias unos sobre otros y determinan gran parte de la identidad personal. Interesa, por lo tanto, el conjunto de la danza de la que todos forman parte, por lo que, en el proceso terapéutico, se favorecerá que los miembros vivencien su pertenencia a esta entidad que rebasa al sí mismo individual, y que tiene reglas propias.

Esta maniobra se realiza cuestionando la idea de jerarquía que tiene determinado sistema, para modificar las relaciones jerárquicas que allí existen. De esta forma, la

familia encuadrará su experiencia teniendo en cuenta este todo que conforman y, consecuentemente, percibirán la realidad de un modo distinto.

Básicamente, es una forma distinta de conocer, que desafía la epistemología de la familia, cuestionando principalmente el lugar del paciente identificado y su problema.

### **C. Construcción de la realidad: Cuestionamiento de la realidad**

La terapia cuestiona los constructos que avalan la realidad de los pacientes, inviable para ellos, ya que acuden a ese espacio en busca de cambios. Las pautas de interacción dependen de esa forma de vivenciar su realidad, por lo tanto es necesario elaborar nuevas formas de interacción entre ellos. Se le da un nuevo encuadre a la realidad conflictiva presentada por la familia. Realidad nueva, que permite la posibilidad de pensar en un cambio.

La organización familiar se ve legitimada por el conjunto de esquemas cognitivos que posee la familia; esquemas que, por otro lado, proporcionan a los miembros del sistema una percepción de la realidad en forma restringida. El terapeuta, siguiendo una concepción pluralista de la realidad, creará nuevos universos, ofrecerá perspectivas del mundo diferentes, pero basándose en los hechos que la familia reconoce como verdaderos. Las intervenciones terapéuticas que apuntan a modificar estos esquemas familiares, impactan, desde luego, en la estructura misma de la familia (y viceversa).

Las distintas técnicas que le sirven a un terapeuta para cuestionar la manera en que una familia legitima su estructura son: el empleo de constructos cognitivos, el uso de paradojas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

#### **C.1 Constructos cognitivos**

Como maniobra terapéutica que permite construir realidades familiares distintas a las habituales, esta técnica requiere comenzar con el relajamiento de la rigidez del esquema que presenta una familia. El objetivo del terapeuta será que la familia pueda recrear una concepción diferente del mundo, que no haga necesaria el síntoma, y que pueda aceptar una visión de la realidad mas flexible y pluralista. Para ello, el terapeuta puede

desestimar algunos hechos que la familia presenta; en ocasiones puede, incluso, modificar la explicación que la familia da sobre su realidad.

Existen varias técnicas que permiten a la familia modificar sus modalidades preferidas de interacción, entre ellas se destacan como importantes la utilización de símbolos universales, que busca el consenso en realidades compartidas y supuestamente “objetivas”, la utilización de las verdades familiares, usando los puntos fuertes de la familia para modificar sus modalidades de funcionamiento y, por último, el consejo profesional, donde el terapeuta asume una posición apoyado en su lugar de líder y experto.

## **C.2 Intervenciones paradójicas**

En este modelo no se utilizan las intervenciones paradójicas con tanta frecuencia. Sin embargo, Minuchin y Fishman (1984) incluyen esta técnica de la mano de Peggy Papp.

Las intervenciones pueden ser directas (basadas en el cumplimento) o paradójicas (basadas en la oposición). Estas últimas son utilizadas cuando el síntoma está ocultando algún conflicto que no ha podido salir a la luz y que la familia se resiste a mostrar. Las paradojas implican un doble mensaje que emite solicitudes contradictorias, dejando sin escapatoria al receptor. En algunas ocasiones es preciso utilizar ambos tipos de intervenciones. En términos generales podemos pensar en tres criterios básicos para decidimos por una u otra intervención: a) Estilo del terapeuta (por ejemplo, a muchos terapeutas puede resultarles poco cómodo trabajar con paradojas), b) Tipo de familia (si la familia acepta, intentar al comienzo el trabajo con intervenciones directas. Si persisten en no responder a ellas, podemos pensar en algo oculto que está interceptando el cambio. En ese caso recurriríamos a las intervenciones paradójicas), c) Situación específica por la que está pasando la familia (en situaciones críticas, como en casos de violencia, intento de suicidio, etc., la paradoja no resulta adecuada, pudiendo ser, incluso, un recurso peligroso, riesgoso).

Otra de las técnicas que Papp considera sumamente útil es el uso de las inversiones. Para su logro, se requiere que el terapeuta invite a algún miembro del sistema a colaborar con él, mediante la modificación de su comportamiento, en relación al síntoma;

hecho que traerá como consecuencia una respuesta paradójica de los demás miembros del sistema.

El uso de un equipo de consulta o coro griego detrás del espejo unidireccional -que se presenta ante el paciente como una entidad distante, inflexible- puede constituir una herramienta importante de colaboración para el terapeuta en la negociación del dilema del cambio. Los mensajes que el grupo envía pueden presentar posiciones antagónicas o de apoyo mutuo entre el terapeuta y el grupo, pero se preparan en forma conjunta, persiguiendo la meta terapéutica.

### **C.3 Insistencia en los lados fuertes.**

Por lo general, las familias acuden a terapia cuando requieren cambiar una situación disfuncional, y las soluciones intentadas por ellos no han dado resultado, siendo muy probable la depositación del problema exclusivamente en uno de sus miembros, reduciendo la búsqueda de alternativas a la situación. Existe, consecuentemente, una preocupación exacerbada por la patología, por la parte “enferma”, por lo que no funciona.

Sin embargo, en Terapia Familiar se piensa que cualquier familia posee elementos positivos, aspectos placenteros, que pueden ser señalados en forma oportuna por el terapeuta como los “recursos” con los que determinado grupo humano cuenta. Los terapeutas familiares sondan estos lados fuertes para combatir disfunciones en la familia.

El terapeuta puede trabajar devolviendo enfatizando dichas potencialidades y recursos, movilizand o alternativas no utilizadas, con el objeto de iluminar áreas de competencia que la familia mantiene en la oscuridad.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo.**

Las críticas al modelo estructural han provenid o, principalmente, de los grupos feministas y de los enfoques posmodernos en terapia familiar. Se le critica en especial por la idea de considerar al terapeuta como agente privilegiado de cambio y por la normatividad implícita en este

enfoque, puesto que se señala -de alguna manera- lo que es normal o anormal en un grupo familiar.

Recientemente, Minuchin (2002; citado en Eguiluz, 2004) se ha definido a sí mismo como un terapeuta estructural-sistémico-narrativo. Esto implica que, además de dar énfasis a la estructura familiar, recalca el papel del "terapeuta como parte integrante del sistema que mantiene una postura de unión y acomodamiento en la que puede moverse dentro y fuera del sistema según los requisitos de su acción con la familia, manteniendo una postura de liderazgo" (p. 51). Minuchin da importancia a las construcciones que la familia hace acerca de su realidad, por lo que insiste también en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas para tratar con la familia de co-construir narrativas alternativas.

De los modelos focalizados en las soluciones, Minuchin (1996) ha tomado para su práctica clínica la importancia de mirar más allá de los problemas, hacia las soluciones. Menciona, por ejemplo, que puede encontrarse a sí mismo usando la pregunta del milagro (White, 1990), preguntándole a los clientes "*¿Qué pasaría si un día se levanta a la mañana y su problema desapareció? ¿Cómo se vería?*".

Por otra parte, Minuchin (1996) menciona que las feministas le hicieron darse cuenta que en su modelo las mujeres estaban colocadas en categorías angostas, y que las etiquetas que muchas veces utilizaba para ellas contenían prejuicios de género.

En una entrevista con Richard Simon, editor de *The Family Therapy Networker* realizada en el año 1996, Minuchin menciona que en estos tiempos, se ve a sí mismo menos como un defensor de un método clínico particular o teoría que como un meta-observador filosófico de una profesión que él, casi como nadie, ha ayudado a crear y respecto a la cual continúa sintiéndose responsable. En años recientes, ha finalizado su noveno libro: *Mastering Family Therapy: Journeys of Growth and Transformation* (Enseñando terapia familiar: caminos de crecimiento y transformación), escrito con nueve de sus supervisandos, que ofrece su mirada actual sobre el estado del entrenamiento en terapia familiar.



En la misma entrevista, Minuchin menciona:

“Teóricamente, hago lo que siempre he hecho. Sigo buscando el modo en el que las transacciones comunes en la familia soportan el conflicto. De algún modo, yo siempre le digo a la gente: "Hay más posibilidades en Ud. de lo que Ud. piensa. Busquemos un camino para ayudarlo a ser menos angosto". Pero los modos con los que digo esto actualmente son menos dramáticos de los que eran anteriormente. Hago más preguntas y doy menos prescripciones” (p.12).

Por mi parte, me llamó la atención contrastar la visión que yo tenía del Minuchin de los libros contra el Minuchin terapeuta, “en acción”, como coordinador de una sesión familiar<sup>5</sup>. He visto las imágenes varias veces y me di cuenta que una vez que la entrevista comienza, el aura intimidatoria del Minuchin “de los libros” se disuelve, para convertirse en una especie de detective terapéutico, infinitamente curioso, sorprendentemente amable y absolutamente abocado a dar cuenta del rompecabezas familiar.

Asimismo, considero muy valiosa la manera en que Minuchin nos propone acercarnos a una familia, entendiéndola como parte de un sistema quizás aun más complejo: la sociedad en su conjunto. Su modelo me da una visión de totalidad que va más allá de la inclusión de los miembros de una familia, me permite pensar en términos de diversidad cultural, me plantea desafíos a nivel de ideas y de conductas en mi rol de terapeuta.

### **2.1.2. Modelo Estratégico**

#### **Introducción**

Los principales representantes de la terapia estratégica son Jay Haley y Cloe Madanes. Fue Haley quien acuñó el término estratégico para referirse a aquella terapia en la que el terapeuta diseña y conduce la intervención específica para el problema que el cliente presenta (Haley, 1983).

---

<sup>5</sup> Observamos el video de la sesión “Unfolding the laundry”, coordinada por Minuchin, en el contexto de la American association for marriage and family therapy. The 1987 master series.

Entre sus antecedentes, encontramos la influencia acerca de la comunicación que se deriva de lo propuesto por Bateson<sup>6</sup> (especialmente la concepción que se otorga a las paradojas en la comunicación), una manera especial de desarrollar su estilo terapéutico construido a partir de la relación de Haley con Erickson y –por último- cierta mirada dirigida hacia las familias, orientada por Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, con quienes Haley trabaja en la década de los 60's en la Child Guidance Clinic en Filadelfia (Galicia Moyedo; citado en Eguiluz, 2004).

De dichas raíces, destaca especialmente la influencia del trabajo con hipnosis propuesto por Erickson (1901-1980), pionero en la utilización terapéutica de este método y claro ejemplo de cómo la orientación hipnológica puede ser un vigoroso pilar para ciertos desarrollos clínicos. A este autor le debemos la transferencia de algunas ideas del terreno de la hipnosis al ámbito de los procedimientos terapéuticos. Erickson demostró una manera diferente de entender la hipnosis como un proceso natural, suave, no directivo y con una utilidad tremendamente práctica en la comunicación humana. Fundamentalmente, la concibió como un fenómeno interaccional, es decir, un tipo especial de intercambio, que incluye siempre a dos participantes.

### **Principios y conceptos básicos del modelo estratégico**

La idea central que recorre a este modelo consiste en entender a la familia como un sistema social, con jerarquías y reglas acerca de su funcionamiento, que definen los diferentes roles y grados de poder en el grupo familiar.

De esta manera, poder y organización son temas centrales en este enfoque. Los seres humanos nos desenvolvemos cotidianamente con cierto grado de organización, que nos permite anticipar en gran medida los acontecimientos que ocurrirán, las conductas que podemos esperar de nuestros otros significativos y de nosotros mismos, haciendo de nuestro mundo un lugar seguro y confiable.

Dicha forma de organización nos sumerge inevitablemente en el terreno de las jerarquías, que dan cuenta del status de cada individuo, señalando su posición en un grupo y la

---

<sup>6</sup> Haley y Bateson trabajaron en un proyecto de investigación sobre los fenómenos comunicacionales en pacientes esquizofrénicos, del cual surgió el famoso artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia", publicado en 1956.

desigualdad que existe en relación a otros. Cualquier familia se organiza jerárquicamente<sup>7</sup> a través de ciertas reglas que definen quienes ocuparán lugares privilegiados y quienes desempeñarán papeles secundarios en el juego de la vida compartida.

Asimismo, la familia es un sistema que se autorregula permanentemente, a través de procesos correctivos que se activan ante las señales que indican que las reglas que los gobiernan han sido violadas, superando el umbral de lo familiarmente tolerable. El objetivo de esta regulación consiste en mantener al sistema, preservándolo del cambio que determinado grupo considere como intrusivo y amenazante. He aquí una premisa paradójica que se desprende de estas nociones cibernéticas: los intentos de cambio en un grupo familiar, en realidad contribuyen a la perpetuación del mismo. Esto es, cuando un sujeto introduce el cambio se topa con las respuestas de los otros, que pugnan por estabilizar el sistema y volver a lo conocido y tolerable dentro de sus esquemas. Por ello, resulta importante en el contexto terapéutico incluir a la familia como sistema a la hora de plantear los cambios y destacar los efectos ecológicos de dicho cambio.

De esta manera, el síntoma se entiende en términos vinculares, sistémicos; es decir, cumple alguna función dentro de un sistema, perpetuándolo. Y, consecuentemente, cuando el paciente identificado mejora, se presenta algún conflicto en otro miembro del sistema, en un tenaz intento por conservar intacta la estructura y dinámica familiar.

De la misma manera, la inclusión del terapeuta en el grupo familiar también se encuentra atravesada por la variable poder. Los miembros de la familia podrán encaminarse a una lucha con él, resistiéndose a ser gobernados (así como sucede en el contexto familiar), desestimando sus consejos y rechazando sus ideas. Existen técnicas precisas para poner a trabajar dicha resistencia a favor del proceso terapéutico.

El modelo estratégico asume que la terapia es directiva. Es el terapeuta quien, en mayor parte, toma la iniciativa de lo que ocurre en el proceso terapéutico, planea una estrategia (“hecha a medida”) para influir específicamente sobre los problemas del cliente y resolverlos, la corrige (si es necesario) y evalúa los resultados finales de su intervención. No es relevante el proceso de insight para entender el proceso de cambio y no se analizan los fenómenos transferenciales.

---

<sup>7</sup> En una familia, la jerarquía suele estar trazada por límites generacionales, económicos y de género, entre otros.

La concepción de los problemas es también una característica singular del enfoque estratégico. Por un lado, en éste modelo se focaliza en la solución del problema, diferenciándose de otros enfoques en los que se hace énfasis, por ejemplo, en el crecimiento personal. Por lo tanto -para solucionarlo- resulta primordial poder definir dicho problema en forma precisa y situado en el aquí y ahora. El problema se conceptúa y define en términos de unidades sociales; es decir, incluyendo la relación del paciente con sus otros significativos, hecho que amplía la unidad terapéutica al no considerar exclusivamente al paciente como foco de atención. Este aporte propicia que se dejen de lado las categorías diagnósticas psiquiátricas, y se incluyan las situaciones cotidianas de una persona, por ejemplo, incorporando aquellos aspectos que refieren a la transición por su ciclo vital.

Por otro lado, se entiende que un problema es una situación habitualmente provocada por círculos viciosos que se repiten en algún contexto interpersonal y que son fuente de malestar para las personas involucradas. Asimismo, conflicto remite, generalmente, a una lucha por el poder, instalada en el seno familiar que puede tener como base una organización con jerarquías difusas e inestables, que pone en jaque la mínima organización necesaria para el funcionamiento de un grupo familiar. Pueden existir -explícita o implícitamente- receladas luchas por definir las posiciones jerárquicas de cada miembro, en las que las coaliciones entre éstos (a veces secretas) funcionan como punto generador y/o amplificador del conflicto.

Haley (1983) considera elemental pensar en organizaciones defectuosas a nivel jerárquico teniendo en cuenta unidades triangulares, en las que los 3 individuos pertenecen a 3 generaciones diferentes y pueden encontrarse coaliciones transgeneracionales y secretas.

En la lucha de poder que se entabla en un sistema familiar, las alianzas y/o coaliciones juegan un papel preponderante y pueden ser consideradas como un eje importante de la psicoterapia familiar. El terapeuta puede verse “invitado” a participar en el juego de sus alianzas, tomando partido por algún miembro o subsistema. Para correrse de dicha demanda, para desenredarse del entramado de alianzas familiares, resulta adecuado que ofrezca algo distinto a lo esperado por los pacientes, es decir, que se comporte de modo diferente a la conducta habitual que manejan los pacientes en sus interacciones familiares. Puede, por ejemplo, favorecer la expresión de los miembros en situación de desventaja, o establecer alianzas estratégicas (intencionales) y temporales con algunos miembros.

En este juego de pautas cíclicas, todas las personas involucradas salen perdiendo. El psicoterapeuta puede darle una nueva mirada al asunto, planteando alternativas novedosas a la situación con el fin de encontrar la manera de romper dichas pautas repetitivas, identificando las jerarquías confusas y reestableciendo un funcionamiento adecuado.

Este enfoque pone atención a los tipos de comunicación humana: la comunicación digital y la comunicación analógica, que aparecen como dos formas contrapuestas para comunicar en los contextos humanos. En el primer caso, encontramos las comunicaciones de tipo lógico, que relacionan un mensaje con un único referente determinado. Este tipo de comunicación puede ser sumamente útil para ciertos ámbitos de la vida humana, pero se muestra como limitada en el terreno de las relaciones interpersonales. La comunicación analógica, por el contrario, se basa en el uso del lenguaje metafórico; es un mensaje que describe a múltiples referentes y que -en consecuencia- puede encerrar múltiples significados.

Haley (1989) destaca la importancia de la comunicación metafórica en el ámbito terapéutico, siendo especialmente útil en el trabajo con familias. Con cada paciente y en cada sesión, podemos distinguir múltiples niveles de comunicación analógica; problemas expresados como metáforas, síntomas entendidos como actos de comunicación, códigos diversos que el terapeuta irá conociendo, desentrañando.

Al respecto, Madanes (1982) entiende que los síntomas son formas de comunicar algo a alguien; expresan un problema y también un intento de solución. Es decir, existen formas de relacionarse en las familias a través de comportamientos metafóricos, que pueden estar relacionados con el comportamiento problemático de ese grupo.

Gran parte del cambio en terapia estará dado por el cambio en el estilo de comunicación del paciente (cambiar su metáfora), que irá de la mano con la intención de influir directamente sobre el contexto en que dicha metáfora funciona y encuentra su razón de ser.

El trabajo con parejas emerge como un campo con características especiales para trabajar en forma terapéutica. Según Haley (1983), existen cuatro maneras principales en que las parejas que acuden a terapia presentan su problema: el síntoma de alguno de sus miembros, el síntoma de un hijo, una crisis familiar y un pedido de asesoramiento matrimonial.

Madanes (1982) señala que el poder es un elemento importante en la organización de una pareja. Los cónyuges pueden dividirse el poder de distintas formas, entre ellas, pueden elegir como fuente de poder al síntoma que uno de ellos presente, con el fin de equilibrar la relación cambiando el ordenamiento jerárquico. El síntoma actúa como solución (infructuosa) a sus conflictos, definiendo una redistribución del poder en el seno de la pareja y estabilizando la vida del matrimonio.

Cuando existe un síntoma jugando un papel central en la distribución del poder, Madanes (1982) habla de una incongruencia jerárquica en la pareja, en la que cada miembro puede ser definido al mismo tiempo como inferior y superior al otro, en pos de una supuesta igualdad entre ellos. Ambos son poderosos y débiles con respecto al otro.

El síntoma -y las interacciones en torno al mismo- se entiende como metáfora, que funciona como analogía de aquello que sucede en otras áreas de la vida conyugal, y que permite a la pareja quitar su atención de esas situaciones, para centrarse en el comportamiento sintomático. Puede, asimismo, remitir a un ciclo, en el cual la pareja modifique el foco de interacción (el síntoma, alguno de los hijos, etc.), pero el ciclo se perpetuará *ad infinitum*, o hasta que algún tercero intente modificar las pautas que lo rigen, de forma tal que el poder no gire en torno de la conducta sintomática.

De igual manera, la conducta problemática de un niño suele ofrecer una metáfora de la situación en la que se encuentra otro miembro de la familia, generalmente uno de sus progenitores. Es, asimismo, un intento de solución para resolver dicha situación. Apuntalada en las jerarquías incongruentes, la conducta perturbada resulta conveniente para los padres del niño; les sirve como sistema de interacción alternativo a otro sistema (en el cual el problema encuentra su gestación) y pueden dedicar su atención y esfuerzos al niño, haciendo caso omiso a sus propios problemas. Esta situación otorga ganancias interpersonales amplias, pero también tiene un costo. Los participantes ingresan al difícil mundo de las interacciones centradas alrededor del comportamiento sintomático.

Finalmente, resulta curiosa la posición que juega el terapeuta en este modelo; por un lado, asume el papel de metarregulador, al hacerse cargo de la situación, dirigiendo el tratamiento, señalando a la familia las reglas del juego, etc. Por otro lado, niega dicho papel,

responsabilizando a la familia de la resolución de sus propios conflictos. Durante el trabajo terapéutico, se estimula en el paciente su compromiso hacia el cambio. La relación que se establece entre ambos es intensa, pero dura un tiempo breve y se diluye rápidamente.

### **Metas terapéuticas**

Al ser un modelo que dirige su atención hacia la solución del problema del cliente, la terapia es exitosa cuando soluciona dicho problema. Se trabaja en un tiempo mínimo, con el único fin de alcanzar la meta planteada. Una vez obtenido este objetivo, el terapeuta no impone la continuación del tratamiento, aunque crea tener en mente otros aspectos útiles para continuar su trabajo. Si los clientes así lo quisieran, podrán recontractar y continuar el proceso terapéutico, para tratar otros problemas significativos para ellos.

Es ésta una terapia pragmática, orientada a metas alcanzables y susceptibles de ser evaluadas, tanto por el paciente como por el terapeuta. Consecuentemente, resulta elemental definir cuál es el problema del cliente, para poder resolverlo.

Con frecuencia, muchos síntomas o problemas pueden considerarse como señales de la dificultad que presenta una familia para superar una etapa del ciclo vital. Cuando la transición de una etapa a otra no se presenta con fluidez, surge una crisis. Una de las metas principales del trabajo terapéutico consiste en reestablecer el flujo del ciclo vital, ayudando a que las personas resuelvan sus problemas y se acomoden con facilidad a una nueva etapa del ciclo de vida familiar.

En definitiva, para lograr la meta terapéutica, resulta primordial que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que la familia presenta (Sánchez, 2002)

### **Estrategias y técnicas de intervencion**

En este modelo existe un plan general de tratamiento, llamado estrategia, y existen maniobras concretas para llevarlo a cabo, que son las tácticas. Cuando estas maniobras han sido sistematizadas y aplicadas de una manera similar en varios casos, reciben el nombre de técnicas (Fernández, 1981).

Este modelo propone el diseño de una estrategia especial<sup>8</sup> para cada caso, “*hecha a la medida*” de cada cliente, teniendo en cuenta diversos factores, como la etapa de vida, el contexto social (red social amplia) y el problema presentado. El plan estratégico se formula de acuerdo a la naturaleza del problema y de acuerdo a los recursos de que se disponga (Fernández, 1981).

Si bien el enfoque a utilizar será adaptado a cada cliente, se propone una estructura esquemática que podría servir para aplicar a muchas familias. Una vez que se define el problema y queda determinada la forma en que está armada la secuencia que lo mantiene, se define un objetivo específico y se buscan las estrategias más adecuadas para generar el cambio. Es importante que dicho cambio transcurra en etapas, por lo que Haley recomienda establecer un paso previo, que ofrezca al grupo familiar una secuencia nueva, diferente pero -al mismo tiempo- anormal, disfuncional<sup>9</sup>. En este paso previo generalmente se propone un reordenamiento feroz de las jerarquías, revolviendo las piezas del juego familiar, movilizándolo al grupo en una forma nunca antes experimentada. Finalmente, se evalúa el resultado de la terapia en términos de eficacia.

En todo el proceso, resulta fundamental que el terapeuta no se deje gobernar por las dinámicas familiares y que conserve su capacidad de dirección, para inducir el cambio.

En este enfoque, el terapeuta intenta producir un efecto en el paciente desde el primer contacto y, especialmente, en la entrevista inicial. Dicha entrevista no tiene un tiempo, espacio y costo establecido de antemano, pero requerirá incluir en ella a todos aquellos involucrados en el problema. Cuanto más personas se integren al proceso terapéutico, mayor será la eficacia y rapidez en el logro de los objetivos del mismo.

Haley (1983) plantea distintas etapas durante un primer encuentro con una familia:

- 1) **Etapas social:** Diálogo social con la familia. Saludo y ritual de bienvenida al grupo familiar, incluyendo las presentaciones de cada uno de los miembros. El terapeuta

---

<sup>8</sup> Existen técnicas específicas de éste modelo, pero también pueden tomarse elementos de otros modelos que le sean útiles.

<sup>9</sup> Un ejemplo típico es la prescripción del síntoma, en la que el terapeuta exagera la respuesta anormal ya presentada por su paciente.



observa el estado de ánimo de la familia, su disposición espacial, las relaciones entre sus miembros y hacia el terapeuta.

- 2) **Etapas del planteo del problema:** Momento específico en el que la familia “entra” a terapia. Se les pregunta sobre el motivo por el cual acuden a consulta, procurando que cada miembro de la familia tenga oportunidad de expresarse. Es importante considerar el modo de formular la pregunta, así como el destinatario de dicha formulación. El terapeuta se dedica a observar cómo actúa la familia y qué dice cada uno de sus miembros, sin realizar ninguna interpretación u observación.
- 3) **Etapas de interacción:** Momento que saca a la luz la estructura de la familia mediante el diálogo que sus miembros desarrollan entre sí, propiciado por el terapeuta, quien puede pedirles que escenifiquen su conflicto.
- 4) **Etapas de fijación de meta(s):** etapa en la que se definen los cambios deseados en el curso de la terapia, en forma de problema “resoluble”. Se acuerda un contrato, que –si es claro– sirve como punto de partida y eje rector del proceso terapéutico.

La primera entrevista finaliza con la organización de la próxima cita. Puede citarse a nuevos miembros, relevante para el conflicto, y/o dejarse tareas para el hogar, como forma de continuar el proceso iniciado puertas “afuera” del consultorio.

Existen técnicas específicas<sup>10</sup> de este modelo, muchas de ellas tomadas de los aportes de Erickson y su trabajo con la hipnosis:

-Partir de lo que el usuario aporte: en el trabajo terapéutico se tiene especialmente en cuenta el punto de vista del paciente sobre su problema y su solución.

-Menos de lo mismo en vez de más de lo mismo: por lo general, los pacientes recurren a incrementar las soluciones equivocadas, en un intento por resolver eficazmente su problema. El terapeuta intentará, por el contrario, reducir ese intento de solución (que está manteniendo el problema).

-Buscar el cambio paso a paso: algunos problemas complejos requieren de planeación en etapas.

-Aliento de la resistencia: al “aceptar” la resistencia e, incluso, propiciarla, se la redefine como una conducta cooperativa.

---

<sup>10</sup> Muchas de las técnicas señaladas se dirigen a contrarrestar la posible resistencia que ofrece el paciente ante el intento de cambio.

-Agudizar contradicciones/Ofrece una alternativa peor: el terapeuta dirige al paciente en un sentido, pero en realidad lo incita a ir hacia otro (que el mismo terapeuta considera más importante). Propicia por parte del sujeto el descubrimiento de aquello que desea hacer y que es conveniente para él.

-Comunicaciones metafóricas para determinar un cambio: El terapeuta habla de un tema a través de metáforas o analogías, con el objetivo de que el sujeto realice la conexión entre ambos y responda de la manera adecuada.

-Aliento de una recaída: se prescribe la recaída a aquellos pacientes que han mejorado en forma excesivamente rápida (dicha mejora tan veloz es entendida como resistencia).

-Frustrar una respuesta para alentarla: indica al sujeto una manera de comportarse, y cuando éste comienza a cumplirla, el terapeuta la inhibe y cambia hacia otra área. Cuando el terapeuta retome la directiva original, la respuesta del sujeto será más favorable.

-Empleo del espacio y posición: puede redefinir la distribución geográfica, cambiar la disposición espacial, para modificar las interacciones familiares.

-Énfasis en lo positivo: entiende a los procesos inconscientes como fuerza positiva, que albergan un deseo natural de crecimiento del sujeto. Las dificultades se toman en cuenta, pero se encuentran en ellas aquellos aspectos que pueden ayudar al desarrollo del sujeto.

-Siembra de ideas: se utilizan ideas como “base” para luego construir algo sobre ellas.

-Ampliación de una desviación: se intenta ampliar una pequeña respuesta del sujeto, dirigiéndola hacia la meta terapéutica. El sistema se descontrola y tiene que reorganizarse con nuevas pautas.

-Amnesia y control de información: se controla lo que el sujeto conoce conscientemente. Asimismo, se controla la información que se intercambia en las sesiones.

-Despertar y desenganche: se interviene en las díadas familiares demasiado intensas, favoreciendo la autonomía de sus miembros.

-Evitación de la exploración de sí mismo: No se pone el acento en el “cómo” o “por qué” se resuelve un problema. Énfasis en el cambio terapéutico, independientemente del insight.

-Pacto con el diablo: el terapeuta dice a la familia que tiene una solución segura para su problema, pero que ellos deben aceptarla antes de que él se las revele.

Asimismo, las directivas constituyen un elemento esencial del enfoque estratégico, y remiten a toda acción o mensaje que emita el profesional para que el paciente haga algo.

Las directivas pueden ser directas (basadas en el acatamiento, útiles con familias que colaboran en su tratamiento) o paradójicas (basadas en el desafío, útiles con familias más resistentes), sencillas (involucra a una o dos personas) o complejas (involucra a toda la familia), y es conveniente que se expresen en un lenguaje sencillo y preciso. Tienen la finalidad de provocar cambios en el grupo familiar, intensificar la relación entre los pacientes y el terapeuta y obtener información sobre la familia (teniendo en cuenta su reacción a la directiva). Es fundamental resaltar el beneficio que el paciente obtendrá si cumple con la directiva propuesta, ya que la misma se relaciona directamente con los objetivos planteados en la terapia.

En el caso específico de los problemas maritales –y teniendo en cuenta los postulados expuestos en relación a dichos problemas- Madanes (1982) expone algunas de las posibles acciones que puede desarrollar el terapeuta a la hora de resolver el problema presentado. Los aspectos fundamentales son:

- Se reformula la definición que la pareja hace del problema, modificando el sistema de interacción centrado en el síntoma.
- Se trabaja generalmente a nivel paradójico, para producir la conducta sintomática.
- Se prescriben tareas penosas relacionadas con el síntoma.
- Se exagera la incongruencia jerárquica, para que la pareja se reorganice en una jerarquía más congruente.
- Se fomenta el mejoramiento de la relación, y se procura que dejen de lado sus interacciones centradas en el síntoma, para trabajar sobre sus otras dificultades.

En el trabajo con niños que presentan una conducta problemática grave, se pretende redistribuir el poder en la familia, recuperando la jerarquía perdida (progenitores en posición superior al hijo, permanentemente). En definitiva, se asume la idea de que al resolver la organización jerárquica, el adolescente dejará de manifestar su conducta problemática.

## **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo.**

Modelo controversial -sin duda alguna-, ha ocupado y continúa ocupando un lugar fundamental en el escenario de la terapia familiar.

A pesar de su importancia, aparentemente no se encuentran en forma clara seguidores de Haley y Madanes que hayan retomado sus ideas de poder, jerarquía y directividad (Galicia Moyedo; citado en Eguiluz, 2004). Los aportes de ambos representantes continúan vigentes y siguen siendo tomados como fuente principal a la hora de formar a los terapeutas familiares en la terapia estratégica.

Como ocurre en otros modelos, este enfoque nos permite movernos de la soledad de un individuo a la riqueza de sus vínculos personales. Caen las etiquetas diagnósticas y se da lugar al vínculo, al contexto en el que un problema emerge.

Como elemento esencial, cabe destacar que, dado que el terapeuta crea un plan de acción específico para cada problema, el modelo estratégico se puede aplicar a cualquier tipo de familias con cualquier tipo de problemas.

Incluso, algunos autores (Hoffman, 1981) mencionan la importancia de reconocer la utilidad del modelo estratégico en casos críticos, por ejemplo, el trabajo con adolescentes seriamente perturbados.

Si pensamos en aspectos éticos dentro del campo de la psicoterapia, el modelo estratégico se ubica como una propuesta ideal para evaluar la efectividad de un tratamiento, al plantear como meta del tratamiento la resolución del problema del paciente. De esta manera, se hace más sencillo el hecho de considerar si el intercambio entre paciente y terapeuta ha sido justo, adecuado, equilibrado.

Siguiendo esta línea, resulta útil señalar las críticas que los enfoques posmodernos realizan al modelo. La posición de poder que ocupan el terapeuta estratégico y sus acciones suele entrar en conflicto con la postura de los terapeutas posmodernos y es fuente de críticas relacionadas con aspectos éticos de la profesión.

El manejo y control de la información por parte del terapeuta puede ser pensado como un hecho manipulador desde otros enfoques. Aquí, se prefiere asumir que el terapeuta familiar se encuentra habitualmente situado entre dos o más fuegos; por lo que resulta conveniente que sea él quien maneja la información que se comparte entre distintos grupos, haciendo un uso controlado y responsable de la misma

La diversidad de situaciones que involucran las cuestiones éticas son infinitas. Y cada caso será, posiblemente, un nuevo desafío para que el terapeuta ponga en juego su posición ética en su desempeño. En ese sentido, los años de experiencia en el campo *psi* pueden ser sumamente valiosos a la hora de formarnos como profesionales idóneos, capaces de discriminar entre conducta ética y conducta no ética.

A pesar de los aportes técnicos que se han realizado y que se realizarán en el futuro, Haley considera a la terapia como un arte, en el cual la persona del terapeuta ocupa un lugar central; es éste su propia herramienta de trabajo, motor del proceso de cambio.

### **2.1.3. Modelo de Terapia Breve (MRI)**

#### **Introducción**

Los principales representantes de este modelo son John Weakland, Paul Watzlawick, Richard Fisch y Don Jackson. Fue éste último quien, en 1959, funda el Mental Research Institute en Palo Alto, California, y en 1967, bajo la dirección de Fisch, se crea el Proyecto de Terapias Breves, con el objetivo de solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que las familias presentaban (Espinosa; citado en Eguiluz, 2004).

Dentro de los antecedentes de este modelo, encontramos las propuestas de Gregory Bateson, Milton Erickson y el pensamiento constructivista. De este último, se retoma la idea de que las personas y las familias establecen su propia realidad, alejándose de una verdad única y adecuada a la cual deberían adherirse los pacientes. En este modelo, no hay verdades absolutas, sino distintas aproximaciones a la realidad que son validadas y respetadas por los terapeutas. De Erickson, se toma la propuesta de adecuar el trabajo clínico a la idiosincrasia de cada paciente, que alberga potencialmente la capacidad de solución del problema que le aqueja. Se utiliza lo que el propio cliente trae: sus recursos, sus soluciones, etc. Por último, se

retoma la relación que plantea Bateson entre los significados y la acción; es decir, la perspectiva asumida hacia un problema influye en el comportamiento hacia el mismo (Espinosa; citado en Eguiluz, 2004).

### **Principios y conceptos básicos del modelo de terapia breve.**

En el libro “Teoría de la Comunicación Humana” (1967), Watzlawick, Beavin y Jackson realizan una interesante revisión -sumada a sus propios e importantes aportes- de los conceptos principales que habían trabajado Gregory Bateson algunos años atrás. Los autores revisan conceptos tales como información, retroalimentación, redundancia, doble vínculo, paradojas, entre otros.

Su principal orientación involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a un pensamiento sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones); se desplaza el trabajo del terapeuta de la exploración de la vida intrapsíquica del paciente hacia la visión del mismo en un contexto interaccional significativo; los síntomas no se consideran como expresión de conflictos intrapsíquicos, sino que tienen que ver directamente con el sistema familiar del paciente.

Como fue mencionado, los autores dan prioridad a la comunicación, como “condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social” (Watzlawick et al; 1967, p.17) y construyen un modelo que permite dar cuenta de los efectos pragmáticos que tiene dicha comunicación, siendo precursores en la realización de esta labor.

Para ello, postulan cinco axiomas pragmáticos que, a su juicio, podrían explicar todas las formas de comunicación funcional e interpersonal (Watzlawick et al., 1967). Todos ellos han sido desarrollados en forma detallada en el capítulo anterior.

En el libro “Cambio” (1976), Watzlawick y sus colaboradores se dedican a analizar exhaustivamente el fenómeno del cambio. Tomando como teorías de base la teoría de grupos y la teoría de los tipos lógicos, los autores elaboran su propia propuesta en relación al cambio y la persistencia, en el ámbito de la resolución de problemas humanos en general. Mientras la Teoría de los Grupos se utiliza para analizar la peculiar relación entre persistencia y cambio, la Teoría de los Tipos Lógicos hace mención a la relación entre miembro y clase, poniendo énfasis

en la jerarquía existente entre los niveles lógicos y los peligros creados al confundirlos. Ambas teorías, en definitiva, ofrecen un marco teórico general para explicar los dos tipos de cambio propuestos en este modelo: Cambio 1, que sucede dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y Cambio 2, que cambia al sistema mismo, a través de una discontinuidad o ruptura con lo anterior.

En los problemas humanos, es frecuente que -ante la necesidad de un cambio- las personas opten por ofrecer la aplicación de lo contrario, o la aplicación de “mas de lo mismo”. Estos intentos de solución pueden dar resultados satisfactorios, pero en ocasiones, no solo no mejoran la situación problemática, sino que la empeoran, o funcionan como elementos que refuerzan la persistencia del problema. Asimismo, es frecuente que los miembros de la familia contribuyan a que el problema se perpetúe, ofreciendo soluciones alternas, que son en realidad siempre “*mas de lo mismo*”. Para este modelo, el problema es, básicamente, la solución intentada por el paciente.

Muchas veces, en la vida cotidiana, se recorren todas las posibilidades de Cambio 1, y el problema persiste en un juego sin fin, que no contiene en sí mismo las condiciones para su finalización. La solución consiste en un Cambio 2, que permita abandonar el campo en el que se intenta la solución (que solo ofrece “mas de lo mismo”) y proponer un cambio a otro nivel, por ilógico que parezca. El Cambio 2 supone un cambio en las premisas que rigen al sistema como totalidad, es un cambio en su estructura (Watzlawick, 1976, p.44). Esta salida, cuando se logra, se produce habitualmente como “por arte de magia”, en forma abrupta, sin prestarle demasiada atención y luego de un gran desgaste emocional y mental.

Se considera que las situaciones de la vida cotidiana mal manejadas (es decir, ofreciendo intentos de solución ineficaces) se convierten en problemas y generan malestar inter e intrapersonal. Así, una situación que era sólo difícil e indeseable, se transforma en un callejón sin salida, ya que se mantiene por la misma solución que se le ofrece. Un problema es una conducta presente indeseada, sin importar si es o no voluntaria, que se realiza de modo repetido y sucede en un contexto interactivo, que perpetúa o exagera la conducta problema (Fisch et al., 1985).

Según los teóricos del MRI, hay tres formas comunes de manejar mal los conflictos por parte de los pacientes:

- 1) **Terribles simplificaciones:** se necesita actuar pero no se actúa: se comporta como si no existiera el problema, se niega o minimiza la situación. La forma incorrecta de abordar el problema intensifica la complejidad del escenario de resolución del mismo problema.
- 2) **Síndrome de utopía:** se actúa cuando no se debe, puesto que la dificultad es inmodificable. La persona que así reacciona –utópica e idealista ve una solución cuando en realidad no hay ninguna. Los intentos utópicos de cambio pueden empeorar aquello que se pretende modificar.
- 3) **Paradojas:** Se actúa en el nivel lógico equivocado, estableciendo un juego sin fin, callejón sin salida, ofreciendo cambios de tipo 1, cuando son necesarios cambios de tipo 2, o viceversa. Las paradojas ofrecen situaciones a las cuales resulta imposible dar una respuesta lógica.

La búsqueda de respuestas en el pasado -en tanto experiencia inmodificable- no es fundamental en este enfoque, preocupándose por resolver en forma eficaz las insatisfacciones del presente, en vistas de un futuro mejor. El paciente sufre no tanto por los propios recuerdos del pasado, sino por la incapacidad de lidiar en forma adecuada con los problemas del aquí y ahora. Se dejan de lado las preguntas de tipo “por qué”, puesto que la resolución del problema no implica necesaria y previamente la explicación de las causas del mismo. El elemento crucial consiste en preguntarse ¿qué es lo que aquí y ahora funciona perpetuando el problema? Para este enfoque, es posible el cambio sin insight.

En cuanto al papel del terapeuta, en este modelo se asume un rol directivo, conservando su capacidad de maniobra durante la terapia. Para ello, el terapeuta utiliza un estilo directivo, pero adapta su lenguaje y acciones a la idiosincrasia y al estilo cognitivo y comunicacional del paciente. Su objetivo es interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas por el paciente y modificar el encuadre que él ha hecho hasta ahora del problema. El terapeuta ejerce control sobre el tratamiento, actuando en la forma que considere mas adecuada, emprendiendo acciones dotadas de un propósito (Fisch et al., 1984).

Se trabaja definiendo un solo problema por tratamiento, contando con un límite aproximado de diez sesiones para resolverlo. Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los



subsistemas los cuales acarrear grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema (el conocido efecto “bola de nieve”).

### **Estrategias y técnicas de intervención**

El modelo desarrollado por el MRI pone en marcha diversos procedimientos para bloquear las soluciones intentadas, una vez realizada una descripción adecuada de los circuitos que mantienen vigente el problema. La tarea principal de los procedimientos de este modelo consiste en influir sobre el paciente para que enfrente su problema de manera diferente. Terapia breve refiere a mayor eficacia, dirigida a un objetivo, y en la que cada intervención debe ocasionar un efecto (Salcido; citado en Eguiluz, 2004).

Los autores de este enfoque aplican un procedimiento en cuatro etapas. Para que la terapia resulte exitosa, es necesario inicialmente definir en forma clara el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. Luego se investigan las soluciones intentadas y se propone el cambio a realizar, utilizando también términos concretos. Por último, se realiza la planificación del caso, para producir el cambio deseado. La táctica elegida se presenta teniendo en cuenta el lenguaje del cliente (su “postura”), para que éste acepte y cumpla las instrucciones del terapeuta. Fisch y sus colaboradores (1984) señalan la especial importancia de la planificación, puesto que otorga dirección al tratamiento y aumenta las probabilidades de éxito.

En el libro “La Táctica del Cambio” (1984), los autores proponen dos grandes categorías de intervención: las generales y las principales. Las primeras son lineamientos que pueden utilizarse a lo largo de todo un proceso terapéutico, y ante una amplia gama de problemas. Se sugiere al paciente no apresurarse hacia el cambio, se señalan los peligros de una mejoría y se varía la estrategia, cambiando la dirección del proceso si es necesario. Las intervenciones principales se diseñan específicamente para el caso presentado, tomando como base el tipo de solución intentada por esa persona o familia. Los autores distinguen cinco intentos básicos de solución de problemas:

- 1) **El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir en forma espontánea.** El paciente padece una dolencia relativa a él mismo, la define como problema e intenta resolverla. En este enfoque se propone que el paciente renuncie, sencillamente, a sus intentos de solución.
- 2) **El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.** Son dolencias autorreferenciales y refiere a estados de terror o ansiedad. El terapeuta da directrices para que el paciente se exponga a la tarea (al evento indeseable) exigiendo al mismo tiempo una ausencia de dominio de ella.
- 3) **El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.** Relacionado con conflictos interpersonales, con lo cual se requiere de mutua colaboración para resolverlos. La solución intentada es, habitualmente, intentar someter a la otra parte a la propia posición. El terapeuta ofrecerá, en este modelo, que el paciente se coloque en actitud de inferioridad, de debilidad.
- 4) **El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.** Se espera que el otro haga lo que yo quiero, pero en forma espontánea.
- 5) **La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.** Juego (repetitivo) del acusador y del defensor. Puede realizarse una intervención llamada "interferencia", con la cual se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal.

En este modelo, se intenta cambiar el sentido que un paciente atribuye a una situación, otorgando un significado más funcional y que genere menos malestar, dolor, etc. La técnica privilegiada para realizar dicho cambio es la reestructuración, instrumento eficaz de cambio que permite escapar al juego sin fin en el que muchas veces participan las personas, por inadvertencia y con la mejor de las intenciones.

El tratamiento concluye cuando el problema ha sido resuelto y el paciente deja de padecer su dolencia. En este modelo, es frecuente que el paciente mismo informe sentirse satisfecho con el curso del tratamiento, con la evolución de su problema, etc.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo.**

Es un modelo que, sin duda alguna, contribuye en forma importante a romper de cuajo con modelos tradicionales, ofreciendo una forma de trabajo clínico totalmente distinta. Es cierto que

sacude algunas de nuestros sagrados aprendizajes acerca de lo que “debe ser” la psicología; mucho más en mi caso, que provengo de una universidad donde el psicoanálisis es el idioma preferido de docentes y alumnos. Pero también es cierto que el modelo, desde una postura de honesta humildad, propone herramientas útiles y concretas para solucionar algunos problemas humanos. Y, al fin y al cabo, de eso se trata la psicología.

Es frecuente que los procedimientos del Modelo de Terapia Breve sean descalificados, acusándolos de manipuladores y directivos. En ese sentido, los representantes de este modelo se resguardan diciendo que evitar la influencia en psicoterapia, y en cualquier contexto humano, es imposible. Cualquier comportamiento en presencia de otro influye sobre el interlocutor. Los autores mencionan que “el problema no consiste en ver cómo se pueden evitar la influencia y la manipulación, sino como pueden ser mejor comprendidas y utilizadas en interés del pacientes” (Watzlawick et al., 1976, p.16).

Por mi parte, pienso que es distinto intervenir directivamente que hacerlo normativamente. En el primer caso, se pide a alguien que haga algo; en el segundo, se le indica que eso que se está pidiendo es “lo mejor”. En ese sentido, este modelo se acerca al paciente desde una posición de respeto profundo por su persona, su sistema de creencias, su estilo cognitivo, sentimientos, emociones, etc., respetando la visión de la realidad que el mismo presente.

Otro de los puntos que considero positivos es el trabajar con objetivos muy concretos, que permiten evaluar la eficacia del tratamiento. Me parece una postura ética valiosa, que enriquece el campo de la psicoterapia en forma importante.

Una característica peculiar de la Terapia Breve es el trabajo en equipo<sup>11</sup>. Esto significa que aunque a cada caso se le asigna un terapeuta principal, existe un grupo adicional de terapeutas al pendiente del desarrollo de las sesiones a través de un circuito cerrado de televisión o de un espejo unidireccional. El trabajar en equipo agiliza el proceso de terapia y recorta el tiempo de tratamiento ya que el paciente cuenta con varios enfoques y puntos de vista respecto a su caso particular.

---

<sup>11</sup> Idealmente así debería funcionar, pero las realidades económicas de los países latinoamericanos rara vez permiten tal alternativa en la práctica privada.

Me parece un enfoque humilde, en tanto analizan las posibilidades de fracaso de su propia propuesta, poniendo énfasis en el posible error del terapeuta en sus intervenciones, más que en las dificultades de los pacientes hacia el cambio. En lugar de escudarse en la “resistencia” del paciente, se analiza con cuidado la forma de trabajar del terapeuta.

Finalmente, considero que el Modelo de Terapia Breve puede ser útil en el mundo actual, que se mueve a gran velocidad. Existen múltiples cambios vertiginosos e incluso dolorosos que han traído como consecuencia, entre otras cosas, la pérdida de empleo, la falta de unión familiar, presiones económicas y la pérdida de valores; estos problemas aunados a los conflictos conductuales, depresivos y problemas en las relaciones de pareja, conflictos en el trabajo, adicciones, problemas alimenticios, fobias, trastornos psicosomáticos, estrés y otros; demandan soluciones rápidas y adecuadas basadas en terapias breves y efectivas que eviten en la medida de lo posible los tratamientos tradicionales de larga duración.

#### **2.1.4. Modelo de Milán**

##### **Introducción**

En el año 1967 Palazzoli, psicoanalista de niños con experiencia en casos de anorexia nerviosa, funda en la Ciudad de Milán el Centro para el Estudio de la Familia, en busca de un intercambio renovado entre experiencias terapéuticas originales y nuevas ideas teóricas (Selvini et al., 1990). Cuenta para tal fin con el apoyo de otros colegas, como Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. En esta época, a la fuerte orientación psicoanalítica que poseían sus representantes, comienza a superponérsele un nuevo paradigma que interpreta los desórdenes psíquicos como producto de problemas en la comunicación. Es así como la escuela recibe importante influencia de Gregory Bateson y el Grupo de Palo Alto, y se nutre también de los aportes de la Teoría General de Sistemas.

Entre 1978 y 1982 el grupo original se escinde. Cecchin y Boscolo (conocidos luego con el nombre de “Milán Asociados”) desarrollan su trabajo con consultores en diversos talleres, concentrándose en la enseñanza de su método de trabajo con familias. Si bien continúan con algunos de los lineamientos de origen, adoptan un enfoque un tanto ecléctico, en tanto toman de cada modelo lo que les es útil, enriqueciendo sus herramientas terapéuticas (Rodríguez, 2004). Asimismo, defienden la necesidad de generar hipótesis específicas para cada familia y cuestionan los conceptos de normalidad y patología (Ochoa, 1995).

Por su parte, desde ese momento, Palazzoli y Prata centran su trabajo sobre la prescripción invariable, basada en una hipótesis universal, válida para todas las familias con pacientes esquizofrénicos.

### **Principios y conceptos básicos del Modelo de Milán**

En su libro clave, "Los juegos psicóticos en la familia" (1990), los representantes de este modelo realizan un explícito cuestionamiento dirigido a la teoría sistémica que habían adoptado en sus primeros momentos. Presentan el elemento conceptual clave de esta escuela: el juego familiar. En ese sentido, las "movidas" que van realizando los jugadores involucrados, determinan la interacción familiar, estableciendo un determinado tipo de juego, que puede ser –o no- funcional y adaptativo.

En la definición de "juego" incluyen el mapa de relaciones familiares y sus reglas, y el modo en que impacta el síntoma en la definición de las relaciones familiares. Los juegos son funcionales y necesarios en la vida de una familia, regulan sus interacciones y conductas, pero en los casos donde la patología se hace presente, vemos roles y funciones que ya no corresponden al modelo evolutivo que la familia atraviesa (Ochoa, 1995).

Los principales procesos que se vislumbran en los juegos psicóticos son el embrollo y la instigación:

**El embrollo:** concepto utilizado por el Grupo de Milán para describir un fenómeno recurrente que observaban en la atención de las familias. En el embrollo uno de los padres presenta una relación privilegiada con el hijo, relación que funciona, sin embargo, como herramienta para perjudicar al otro progenitor, que constituye su verdadero interés. El hijo percibe la relación incorrecta en la que queda atrapado y desconfía de la lealtad de su supuesto aliado. Cuando confirma sus sospechas, se siente traicionado y aparece el síntoma como venganza. La traición precede de manera casi inmediata a la aparición del síntoma (Selvini et al; 1990).

**La instigación:** consiste en un continuo juego de provocaciones y respuestas de rabia que, por ser ambas encubiertas, no conducen a grandes explosiones en la relación. Implica una tríada (se instiga a otro, en contra de un tercero) (Ochoa, 1995).

Los autores describen el proceso psicótico en una familia y su gestación en seis estadios, a saber:

- a) **El impasse:** juego parental sin salida, atascamiento de la pareja.
- b) **Entrada del hijo en el juego de los padres:** el paciente toma partido secretamente por el padre al que percibe como "víctima" del otro.
- c) **Conducta inusitada del hijo:** el hijo desafía con sus conductas al padre "fuerte", pretendiendo fungir como modelo de rebeldía para el padre "débil".
- d) **Viraje del presunto aliado:** el hijo no logra sus objetivos y se frustra porque todo permanece igual en la relación conyugal. Asimismo, el padre "débil" puede unirse con el "fuerte" para controlar las reacciones desmedidas del hijo.
- e) **Eclosión de los síntomas psicóticos:** al sentirse traicionado por su cómplice, aparecen los síntomas psicóticos en el hijo, como venganza y para demostrar adónde puede llegar.
- f) **Estrategias basadas en el síntoma:** cronificación de la conducta psicótica, la familia se reorganiza en función del síntoma, manteniendo la psicosis.

En 1978 se describen por primera vez la estructura de las sesiones de este grupo: pre sesión (fase de preparación), sesión (de una hora de duración), discusión de la sesión (intersesión), prescripción de una tarea para realizar en la casa y, finalmente, discusión de la reacción de la familia respecto de lo trabajado y de la prescripción indicada. Y redacción de un acta de la sesión, que contenía una síntesis de lo ocurrido (Rodríguez; citado en Eguiluz, 2004).

Selvini y sus colaboradores (1980) describen los tres principios fundamentales de este modelo, que guían las entrevistas familiares:

**Hipótesis:** es una herramienta que permite organizar la información y guiar el trabajo del terapeuta, sugiriendo líneas de trabajo que serán confirmadas o rechazadas posteriormente. Permite asimismo delinear explicaciones acerca de la familia y su problema. Para formular hipótesis, que deben ser siempre circulares, el terapeuta echa

mano de su experiencia clínica anterior en casos similares, de sus conocimientos (su formación sistémica) y, fundamentalmente, de la información que brinda la familia durante las entrevistas (Selvini et al, 1980). Las hipótesis se van confirmando o rechazando a medida que avanza la entrevista. Una hipótesis confirmada permite crear una intervención. Es importante recordar que las hipótesis no son verdades concretas, sino elementos funcionales para cada familia (Rodríguez, citado en Eguiluz, 2004).

**Circularidad:** el terapeuta plantea la misma pregunta a los diferentes miembros, con el fin de lograr una visión sistémica de la familia y sus relaciones, identificando la particular concepción del problema que cada miembro posee (por ejemplo, se pregunta quién hace qué, cuándo, dónde, cómo, etc). La entrevista circular amplía considerablemente el enfoque del problema presentado por la familia, brindando un escenario en el que la riqueza de sus miembros se despliega, obteniendo las conexiones relacionales de las conductas y creencias de los miembros de la familia. Es frecuente que esta intervención permita confirmar o descartar hipótesis y conocer información acerca del pasado, presente y futuro del problema. Las preguntas circulares se caracterizan por una honesta curiosidad acerca de las conexiones entre las personas, sus problemas, sentimientos, creencias, acciones, contextos.

La regulación y organización circular se convierte en el fundamento sobre el que este grupo apoya su enfoque, contrastando con la habitual visión mecanicista causal de los fenómenos. En el pensamiento circular la idea central es que ningún comportamiento aislado es causa de otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos. En el trabajo con familias, la aplicación de un modelo circular les permite entender cómo cada miembro de la familia influye en todos los demás, por lo que la conducta que presentan como problema, debe explicarse observando todo el sistema, integrando la red de relaciones en las que se halla envuelto.

**Neutralidad:** es importante que el terapeuta no muestre preferencias o se coalicione con ningún miembro de la familia. Sus propios marcos de referencia deben ser dejados de lado, para poder ofrecer una verdadera escucha a la familia, sin privilegiar las opiniones, creencias o sentimientos de ninguno de sus miembros, y sin emitir juicios sobre sus conductas. En ese sentido, resulta vital que las preguntas se dirijan a todos los participantes, procurando tiempos iguales de interacción. El equipo debe fungir como árbitro justo, neutralizando los intentos de cualquier miembro de la familia de aliarse con

el terapeuta, o cualquier alianza no advertida que intente realizar el mismo profesional. El terapeuta debe mantenerse en una posición de equidistancia con respecto a todos los miembros de la familia (Selvini et al; 1990). Siendo neutral, el terapeuta evita involucrarse en el juego familiar para lograr introducir diferencias significativas en las modalidades de interacción de los participantes.

Al Grupo de Milán también se le conoce por otras aportaciones, como el uso del equipo terapéutico, los rituales familiares como intervención y las connotaciones positivas. Asimismo, postulan la no directividad del terapeuta con respecto al cambio. Existe confianza en los propios recursos familiares, la familia misma es quien encuentra una solución que le resulta adecuada para su problemática (Ochoa, 1995).

### **Metas terapéuticas**

A diferencia de otros enfoques, el Grupo de Milán no define objetivos concretos con la familia. No obstante, un elemento singular que persigue este enfoque reside en conocer el juego familiar y alterarlo. Esto es, flexibilizar sus reglas y propiciar el desarrollo de un nuevo juego en la familia, que facilite su funcionamiento (Ochoa, 1995).

### **Estrategias y técnicas de intervención**

Como fue mencionado, las intervenciones persiguen el objetivo de alterar el sistema de creencias familiares y sus conductas, con el fin de cambiar las reglas que regulan la forma en que funciona el sistema familiar.

Este enfoque se caracteriza por permanentes cambios evolutivos en su forma de pensar y hacer terapia, aunque su eje central –y más reciente- ha sido el juego familiar. Selvini y sus colaboradores publican en 1990 su libro "Muchachas anoréxicas y bulímicas" en el que señalan los tres métodos de intervención desarrollados a lo largo del tiempo para el trabajo con dichos casos.

Entre 1971 y 1978 trabajan con el método paradójico, cuyas intervenciones centrales eran la connotación positiva, la reformulación paradójica y los rituales familiares.



a) **La connotación positiva** cambia el significado del síntoma de negativo a positivo, atribuyéndolo a causas, por ejemplo, basadas en el sacrificio y amor a la familia. Permite también atribuir un significado positivo a la tendencia homeostática familiar (no a las personas), ubicando a todos los miembros en un mismo plano.

b) **Las prescripciones paradójicas** prescriben la secuencia patológica connotada positivamente, con el fin de introducir confusión en el sistema de creencias. Estas prescripciones utilizan la connotación positiva como la base en que apoyar la paradoja para despertar la capacidad de cambio familiar.

c) **Las prescripciones ritualizadas** refieren a la introducción en la familia de una secuencia de conductas que introduce nuevas reglas, con cierto orden, sin dar explicaciones.

En esta etapa también comienzan a plantear intervalos mensuales entre las sesiones, con el objetivo de proporcionar el tiempo suficiente para que los cambios en la familia cuajen y puedan expresarse en forma visible.

Entre 1979 y 1987, descubren el método de la serie invariable de prescripciones. La prescripción invariable, que parte de la hipótesis de que los hijos se encuentran entrometidos en los problemas de los padres, pretende separar al subsistema parental del filial para organizar los límites intergeneracionales y evitar las coaliciones que mantienen el juego disfuncional (Selvini et al; 1999). Aparece como una fuerte intervención terapéutica que brindaba cambios en la estructura familiar.

Selvini y sus colegas (1990) describen en forma clara la secuencia necesaria para que una prescripción sea eficaz:

-Los terapeutas concluyen la sesión familiar indicando la necesidad de ver sólo a los padres en el próximo encuentro

-En la sesión con los padres, se indaga acerca de las reacciones de los hijos por haberlos excluido del proceso terapéutico, así como también acerca de las respuestas que los padres les dieron para justificar dicha exclusión.

-Se anuncia la prescripción, señalando su complejidad, pero también su importancia para el curso de la terapia

-La prescripción indica que a) los padres deben señalar a todo aquel que pregunte que lo se que se ha dicho en la sesión es secreto b) los padres saldrán algunas noches solos, comunicándose a sus hijos a través de una nota escueta c) si los hijos preguntan acerca de la salida, no se les responde con detalles de la misma d) los padres apuntan en una libreta individual las reacciones de los hijos ante lo sucedido.

-Las "desapariciones" de los padres de la casa iban *in crescendo*, según las sugerencias de los terapeutas.

Este método aportó resultados positivos con las familias, obteniendo una mayor autonomía del paciente y el abandono de sus síntomas. Permitía la ruptura de la escalada de hiperprotección y desconfianza hacia el paciente y generaba fuertes uniones en cada uno de los subsistemas (parental, por un lado, fraterno por el otro) (Selvini et al., 1990). Por ello, el equipo de Milán comenzó a utilizarlo en forma experimental en todos los casos de familias con hijas anoréxicas, pero alrededor de 1982 comienzan a abandonar esta forma de trabajo, puesto que sólo era efectiva con familias en las que existía un control excesivo de los padres hacia la paciente identificada. En otros tantos casos, además, no se contaba con un fiel cumplimiento de los padres a la indicación de los terapeutas, saboteando las premisas de la prescripción (Selvini et al., 1990).

Entre 1979 y 1987, surge el método más reciente de este grupo, la revelación del juego familiar. Con el objetivo de develar el juego familiar, se realiza la conexión del síntoma del paciente identificado con su intromisión inadecuada en los asuntos de pareja de sus padres.

Resulta interesante señalar que, para lograr un sólido efecto terapéutico, la revelación del juego familiar debe incluir una explicación tanto de los procesos sincrónicos (el juego "actual") como de los procesos diacrónicos (la historia del juego a través de las generaciones pasadas).

El instrumento creado para evaluar el juego familiar es el cuestionario circular, técnica de entrevista relacional que se rige por las premisas de hipótesis, neutralidad y circularidad. Tomm (en Ochoa, 1995) menciona que el cuestionario circular también funge como instrumento para modificar el juego familiar, es decir, funciona como una intervención para propiciar el cambio. Asimismo, para Penn (1982), el objetivo del cuestionario consiste en establecer el momento en la historia del sistema familiar, en el que surgió el problema y cómo cada quién experimentó las

relaciones familiares antes y después de ese momento. Al respecto, Cecchin (1998; citado en Elkaim, 1994) señala que las denominadas preguntas circulares tienen el particular efecto de conectar todo, porque una de las ideas no-sistémicas es que la gente está separada de los demás (cada uno es una individualidad separada de los otros, el padre, la madre, todos son diferentes personalidades que están juntas por error). En cambio las preguntas circulares conectan a unos y otros en el presente, en el pasado, en el futuro; hacen que las personas sean concientes de las conexiones.

Así, en los inicios del proceso terapéutico, y apoyados en el cuestionario circular, los terapeutas realizan una fase de evaluación inicial en la que pretenden establecer el sistema de creencias, valores y relaciones en el grupo familiar y determinar el papel que juega el síntoma. Durante el proceso terapéutico, se procede a la revelación del juego a la familia, con la intención de desprender al hijo de los embrollos parentales, considerándolo –por otra parte– como un participante activo del juego.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo**

Considero que un elemento destacable de este modelo consiste en los cambios experimentados en sus técnicas y premisas, producto de la permanente retroalimentación de sus pacientes, investigaciones y del intercambio permanente con su equipo de trabajo. Estos elementos lo ubican como un modelo rico y versátil, que ha ido variando sus formas de hacer terapia a lo largo del tiempo. También me sorprende y agrada el rigor que muestran para realizar investigaciones en el campo psicoterapéutico.

Es importante asimismo su propuesta de recuperar la vertiente individual, que había quedado diluida en el enfoque sistémico, y el énfasis que otorgan al eje diacrónico, señalando la importancia de incluir en el trabajo a, por lo menos, tres generaciones.

La metáfora del juego me resulta sumamente atractiva para explicar las dinámicas familiares. Considero que integra a la familia y sus reglas de interacción, pero también distingue las responsabilidades individuales de cada miembro.

#### **2.1.5. Modelo de Soluciones**

## Introducción

El Modelo de Soluciones surge en la década de 1980 en el Centro de Terapia Familiar Breve en Estados Unidos. Sus principales representantes son Steve de Shazer y William O'Hanlon (Espinosa; citado en Eguiluz, 2004).

Dentro de los antecedentes de este modelo, encontramos las propuestas de Gregory Bateson, Milton Erickson y el pensamiento constructivista. De este último, se retoma la idea de que las personas y las familias establecen su propia realidad, alejándose de una verdad única y adecuada a la cual deberían adherirse los pacientes. De Erickson, se toma la propuesta de adecuar el trabajo clínico a la idiosincrasia de cada paciente, que alberga potencialmente la capacidad de solución del problema que le aqueja. Se utiliza lo que el propio cliente trae, sus recursos, sus soluciones, etc. Adicionalmente, se retoma la relación que plantea Bateson entre los significados y la acción, es decir, la perspectiva asumida hacia un problema influye en el comportamiento hacia el mismo (y viceversa) (Espinosa; citado en Eguiluz, 2004). Por otro lado, son herederos directos de los importantes trabajos del Centro de terapia Breve del Mental Research Institute- MRI, pero aportan una visión distinta centrando su atención en las conversaciones dirigidas hacia las soluciones, en lugar de los problemas, y planteando un contexto de colaboración entre terapeutas y pacientes, considerando a estos últimos como portadores de la solución a su problema (Lipchik, 2005).

Casi de manera casual<sup>12</sup>, de Shazer comienza a interesarse por trabajar con los pacientes a partir de sus capacidades y recursos, señalando las excepciones a los problemas que mencionan y siguiendo la premisa de que "ningún problema sucede todo el tiempo".

Otros autores importantes que conceptualizan y trabajan en su práctica clínica a partir de este modelo son Brian Cade, Eve Lipchik, Ben Furman, Insoo Kim Berg, Mathew Selekman y Michele Weiner Davis.

Años más tarde, O'Hanlon desarrolla un modelo propio llamado Terapia de Posibilidades (1998), argumentando puntos de distinción relevantes entre su modelo y el de de Shazer.

---

<sup>12</sup> El paso de los "problemas" a las "soluciones" ocurrió de manera casi fortuita en 1982. Una persona del equipo terapéutico sugiere pedirle a un padre sumamente centrado en los problemas de su hija adolescente que les trajera para el siguiente encuentro una lista de lo que NO deseaba cambiar. La familia responde cambiando y los terapeutas se dan cuenta de que resultaba posible ampliar esos cambios y convertirlos en soluciones (Lipchik, 2005).

## **Principios y conceptos básicos del Modelo de Soluciones**

Básicamente, es un modelo que se centra en los recursos y soluciones de los clientes, más que en la patología o los problemas. Estos últimos son considerados como dificultades comunes de la vida cotidiana, que simplemente se mantuvieron durante el tiempo suficiente como para ser considerados como problemáticos, con el consecuente malestar en los involucrados (de Shazer, 1991).

La terapia se considera como una conversación provechosa entre dos personas, con el objetivo de privilegiar las necesidades del paciente trabajando para modificar su malestar actual. El lenguaje se conceptualiza como una poderosa herramienta de cambio; la comunicación construye significados que se encuentran "entre" las personas, es decir, se conocen mediante la interacción y negociaciones sociales (de Shazer y Kim Berg, 1992). En ese sentido, la conversación entre terapeuta y cliente tiene como objetivo abrir caminos para el cambio, de forma tal que el cliente perciba y actúe en su realidad en forma más favorable. Los representantes de este modelo abandonan los rótulos patológicos y emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, se concentran en buscar excepciones a la situación problemática, con la convicción de que éstas ofrecerán una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema.

En ese sentido, terapeuta y clientes inician un juego del lenguaje (Wittgenstein; citado en de Shazer y Kim Berg, 1992) tendiente a desarrollar nuevos significados que los dirijan hacia soluciones más apropiadas. Las realidades que se construyen son eficaces a la hora de planear intervenciones útiles, debido a que se adecúan a aquellos aspectos significativos de las realidades que la familia construye y acepta como válidos. El terapeuta ingresa como bisagra y se sitúa en el delicado espacio intermedio entre la "realidad" compartida con la familia y la "realidad" que pretende negociar para generar cambios en su experiencia (Cade y O' Hanlon, 1995).

Resulta posible también considerar la influencia del terapeuta en las narraciones del problema. El cliente acude con una queja y el terapeuta le ayuda a formularla en términos de un problema resoluble, a partir de determinadas técnicas, pero sin dejar de pensar que lo que el

cliente dice resulta más importante que sus propios marcos de referencia. En ese sentido, el terapeuta aparece como un colaborador en la tarea de descubrir cómo cambiar, despejando el camino que los mismos pacientes van trazando. Se reconoce al cliente como experto en su propia vida y especialista en su propio tratamiento, realizándole preguntas desde una postura de genuina curiosidad. Se le "toma seriamente" (de Shazer, 1991), en el sentido de mostrar un profundo respeto a su narración.

En este modelo, no se piensa al cliente en términos de resistencia al cambio, y se le asigna al terapeuta la tarea de descubrir la pauta específica de colaboración de cada persona o familia. Asimismo, no se hace referencia a la función del síntoma ni a estructuras familiares ocultas, así como tampoco se abocan a desentrañar un pasado oculto. Habitualmente no es necesario saber mucho acerca de la queja para resolverla, por lo que el trabajo apunta, fundamentalmente, a construir un futuro prometedor (O'Hanlon, 1999).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) agregan algunas premisas de la terapia Breve orientada a Soluciones. Por ejemplo, mencionan que el cambio es constante, es decir, es inevitable, y es tarea del terapeuta identificarlo y ampliarlo, bajo la premisa "si funciona, no lo repare, haga más de lo mismo". En esta misma línea, siguiendo la metáfora de la "bola de nieve" propuesta por Erickson, los autores plantean que sólo es necesario un pequeño cambio, que funcionara como motor para cambios posteriores.

Por su parte, Lipchik (2005) agrega un elemento que considero muy importante: el papel de los sentimientos en el Modelo de Soluciones. Para la autora, las emociones son parte de todo problema y de toda solución, por lo que es importante generar en el contexto terapéutico un clima emocional propicio para su expresión.

Por último, consideran que el cambio puede ser rápido, además de eficaz. La duración media de la terapia es variable, pero se pretende trabajar con un número de 10 sesiones o menos.

### **Metas terapéuticas**

Los clientes definen aquello que desean conseguir con el tratamiento, indicando de qué manera percibirán sus objetivos como logrados. Se establecen objetivos alcanzables y concretos, de

preferencia en términos de conductas observables, centrándose en lo que es posible y puede cambiarse (O'Hanlon y Weiner Davis, 1993). Para establecerlos, resulta útil preguntar al cliente sobre los aspectos que serán diferentes en su vida cuando las cosas cambien.

### **Estrategias y técnicas de intervención**

Durante el proceso terapéutico, los representantes de este modelo se dedican a construir soluciones para superar el problema, ampliando las soluciones eficaces y satisfactorias que el cliente aplica o puede aplicar a su conflicto.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) señalan que en este enfoque se intentan lograr tres cosas: 1) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática, con acciones que tengan más probabilidades de resolver el problema, 2) Cambiar la forma de ver la situación problemática, esto es, cambiar los marcos de referencia para generar cambios a nivel de acciones y 3) Evocar recursos, soluciones y capacidades para aplicar al problema.

Para ello, proponen tres tipos de intervenciones generales: las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón del contexto de dicha secuencia y las "tareas de fórmula" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Las primeras refieren a la alteración del propio patrón de la queja, por ejemplo, cambiando su frecuencia, tiempo, duración, lugar, etc. las intervenciones sobre el patrón del contexto alteran las pautas interpersonales que acompañan a la queja, aunque no estén directamente involucradas con ella. Por último, las tareas de fórmula funcionan como "llaves maestras" eficaces para prescribirse en problemas muy diversos, con independencia del contenido concreto del problema particular de los clientes. Dentro de estas últimas intervenciones, encontramos la "tarea de fórmula de la primer sesión", la "tarea de la sorpresa", la "tarea de la predicción" y la "tarea genérica", entre otras. Es también frecuente el uso de escalas, para medir la percepción que el cliente tiene de sí mismo y para brindarle motivación y aliento para esclarecer sus metas individuales (de Shazer y Kim Berg, 1992).

En este modelo, el proceso mismo de entrevista se considera como una intervención, como un espacio en el que puede ocurrir algo terapéutico en la interacción entre pacientes y terapeuta a través del uso de preguntas específicas para tal fin. O'Hanlon (1998) retoma de

Erickson el concepto de "cura iatrogénica" para dar cuenta de las intervenciones que animan al cliente y le abren posibilidades para el cambio.

Preguntas presuposicionales es el nombre que otorgan al tipo de preguntas que hacen durante la sesión y que están diseñadas para funcionar como intervenciones que intentan influir sobre las percepciones del cliente, dirigiéndolos hacia respuestas que promueven sus recursos y los enriquecen. Algunos ejemplos de estas preguntas son: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que (no aparece el problema)?, ¿Cómo conseguiste que sucediera?, ¿Quién más advirtió que...? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta?, ¿Qué tendrías que hacer para que eso volviera a suceder?

En una primera sesión, se dedican los primeros minutos a platicar con los clientes sobre aspectos distintos al problema, para luego pasar a una breve descripción del problema que permita extraer información sobre las excepciones, las soluciones anteriores al problema actual y los recursos de los clientes. Los autores advierten que nunca es demasiado pronto para preguntar por las excepciones; generalmente se hace en los primeros minutos de la sesión, luego de asegurarse de que los clientes se sienten comprendidos y validados en su malestar (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) y aprovechando los momentos de "apertura" que dichas excepciones brindan.

En este modelo es frecuente realizar un corte en la sesión, para consultar con el equipo o para pensar con uno mismo, si éste no existiera. Es frecuente que el equipo comente sobre los aspectos positivos percibidos en el cliente, elogiándolo y normalizando su situación. Se utilizan tareas para realizar fuera de la sesión.

Generalmente, en la segunda sesión se constatan los cambios, para consolidarlos. Suele ser útil comenzar el encuentro preguntando sobre las cosas que al cliente le gustaría que continuaran sucediendo o indagando sobre las cosas positivas que han pasado en el tiempo entre sesiones. Si se reportan cambios, se indaga sobre lo que debe hacerse para que éstos se mantengan. Cuando el cliente no identifica excepciones, se realizan preguntas orientadas al futuro (como la pregunta del milagro) en las que se le pide al paciente que imagine y describa un futuro sin aquello que le agobia actualmente. Si aun así, el cliente tampoco pudiera pensarse en un futuro mejor, se recurre a la propuesta del MRI para trabajar en torno a las soluciones intentadas, los circuitos que provocan el callejón sin salida, etc. intentando identificar la



secuencia que se presenta cuando el problema aparece. Es importante que el terapeuta identifique las respuestas que no han funcionado como solución, para sugerir hacer algo diferente.

Es probable, y sorprendente, que en este enfoque se considere el alta de un cliente en su segundo encuentro si se verifica que las cosas marchan lo "suficientemente bien", es decir, si se encuentran en un nivel tolerable para el paciente, teniendo en cuenta su demanda inicial (de Shazer, 1991).

Finalmente, la terapia concluye cuando se han logrado las metas establecidas al comienzo. Es importante que el terapeuta indague por las estrategias utilizadas para vencer al problema, con el fin de ampliar las herramientas con las que cuenta el cliente para enfrentar futuros problemas.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo**

En líneas generales, me parece una propuesta sumamente interesante, que nos devuelve a los terapeutas la opción de decidir la posición básica que deseamos adoptar en nuestra práctica clínica: podemos considerar a las personas desde la patología o bien, desde un paradigma resiliente, focalizando en sus capacidades y recursos, asumiéndolos como especialistas en sus propias experiencias. Considerar a los pacientes como competentes y expertos nos abre un nuevo abanico de opciones para intervenir en colaboración con ellos.

Algunas de las críticas hacia este modelo surgen de los mismos enfoques posmodernos, por ejemplo, aduciendo que en esta postura no se incluye la vertiente política. Desde mi punto de vista, el Modelo de Soluciones se puede pensar como un enfoque intermedio, de transición, entre los enfoques modernos y posmodernos, puesto que incluye premisas y formas de intervenir que podrían considerarse como pertenecientes a uno u otro enfoque.

Por su parte, Cade y O'Hanlon (1995) alertan sobre la precaución que debemos tomar al hacer uso de la connotación positiva de los recursos del paciente o la familia. Considera importante destacar las soluciones, aptitudes y capacidades del cliente, pero sin llegar a una extitud extremadamente positiva, que desconozca la crudeza de algunos padecimientos humanos de la mano de un optimismo irreal. Para Lipchik (2005), el énfasis en la conversacion

centrada en soluciones contiene en sí misma el riesgo de perder de vista la necesidad de validar el dolor de la experiencia de los clientes. Si no se realiza una fase empática, donde el cliente se sienta comprendido en la complejidad de su dolor, es probable que el discurso centrado en las soluciones le resulte altamente contraproducente.

Otro de los riesgos que menciona esa autora consiste en que muchos profesionales sin la formación adecuada, pueden considerarlo como un modelo de "fórmulas", sencillo de aplicar. Y, al mismo tiempo, se lo ha malinterpretado como un modo minimalista de intervenir, desconociendo la complejidad y los supuestos que implican su uso. Por ello, Lipchik (2005) advierte que la terapia centrada en soluciones consiste en un complejo modelo que exige tiempo y experiencia.

## **2.2. Modelos Posmodernos**

### **2.2.1. Modelo Narrativo**

#### **Introducción**

Los principales representantes de este modelo son Michael White, sociólogo australiano y David Epston, antropólogo neozelandés.

Este enfoque se nutre de las ideas de Michel Foucault acerca de la relación entre el relato y el poder y del construccionismo social, de la mano de autores como Kenneth Gergen y John Shotter. Esta última propuesta surge alrededor de los años 80's, cuando emergen nuevas formas de pensar que instauran, consecuentemente, nuevas formas de entender la psicoterapia y nuevas modalidades de intervención (Limón Arce, 2005). La orientación construccionista intentó, desde el primer momento, distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología (Limón Arce, 2005); también se alejó de la idea tradicional que ubica el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean. Pasan de una construcción individual a una social (Gergen, 2005), proponiendo la comprensión de las personas en el interior de las múltiples formas de relación (Gergen y Mc Namee, 1992) y concibiendo al hombre como protagonista de su propia historia, como co-constructor de su vida.

Otro autor influyente en la corriente narrativa es Jacques Derrida, filósofo francés, cuya obra se centra en el lenguaje y en los mecanismos de deconstrucción.

Por último, White toma a Gregory Bateson y su concepto de doble descripción, para darle vida propia y distinta, dentro del modelo que propone.

### **Principios y conceptos básicos del modelo narrativo**

El modelo propone considerar el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad. Los autores parten de la idea de que no es posible considerar la vida psíquica y afectiva del ser humano, sin tomar en cuenta sus relaciones. El yo es, en definitiva, una expresión de los vínculos sociales. Las ideas y los conceptos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje (Eguiluz, 2004).

El abordaje terapéutico propuesto se basa en una analogía del texto; las personas escribimos y rescribimos nuestra vida permanentemente, a partir de la interacción con los otros. Las historias narradas son también una construcción social, por lo que no pueden ser falsas ni verdaderas. En este enfoque, se relativizan todas las concepciones previas (modernas) de “la verdad” y se acepta la viabilidad de múltiples relatos.

La narrativa personal, incluso, es parte de otras narrativas. Todas las historias involucran conceptos culturales que usualmente reflejan a la cultura dominante. Generalmente, cuando las personas acuden a terapia es porque tienen una historia que contar, generalmente una historia estereotipada, inundada de calamidades, desastres, que les generan malestar y no les permiten tener una concepción clara de sí mismos y del mundo (Gergen, 2005).

Por ello, las voces que se ponen en juego en las primeras sesiones son voces conocidas, discursos repetidos *ad infinitum*; la “historia oficial”. Para White y Epston (1994) los síntomas se hallan vinculados a dichas narraciones, ancladas fielmente al discurso social del poder.

Sin embargo, en el transcurso del proceso terapéutico, dicho monólogo rígido puede ir transformándose en un discurso que incluya múltiples voces, conversaciones y posibilidades de cambio. Se exploran los relatos alternativos, creados a partir del trabajo de externalización y

deconstrucción, que permitan contraponer las nuevas narraciones a la historia dominante. En ese sentido, las prácticas terapéuticas incitan a una actitud de apertura hacia lo que aun está por venir, aquello que aun queda por contar, el “sentido antes del texto” (Ricoeur, 1979; citado en Gergen, 2005).

Los miembros de la familia experimentan el proceso terapéutico como una conversación. La terapia se ve como un proceso que intenta localizar historias alternativas al discurso dominante y el terapeuta emerge como un colaborador activo en la generación de nuevo sentido (Gergen, 2005). Es destacable que la relación entre paciente y terapeuta es igualitaria, respetuosa y comprometida. El terapeuta se corre del lugar de experto asignado en otros modelos, y trabaja junto al paciente en una posición de mayor igualdad. Es un modelo que propone trabajar a partir de la creatividad y colaboración de paciente y terapeuta, y no desde la culpa y el sufrimiento por la enfermedad que “posee”. Se pone en juego la participación activa e innovadora de ambas partes. White y Epston (1994) nos recuerdan que los terapeutas entramos momentáneamente en la vida de los clientes y que son ellos los mejores jueces sobre la dirección que le quieren dar a su vida.

En este modelo no se esencializa a la persona que consulta (por ejemplo, el paciente no “es” obsesivo), en la firme convicción de que los discursos que utilizan en forma privilegiada el vocabulario del déficit únicamente generan un debilitamiento progresivo de la persona, ignorando el impacto de la construcción cultural de la enfermedad (Gergen, 2005).

Otro concepto importante en este modelo es el de agencia personal, que permite entender una nueva forma de relación del sujeto con el problema. Durante el proceso terapéutico, el paciente recupera voz y voto sobre su propia vida, sobre las decisiones que desea tomar y sobre su capacidad para influir en el mundo.

Para White, es importante ubicar a la terapia dentro de un contexto más amplio: el contexto sociopolítico. La perspectiva del poder adquiere un lugar importante en el trabajo terapéutico, en el que se analizan los efectos del mismo sobre la vida de las personas y sus relaciones. El concepto de poder foucaultiano cobra fuerza en este modelo, especialmente cuando se refiere al poder internalizado, a los mecanismos de control aprehendidos por las personas, cuyo objetivo es el control social y que nos dice qué relato debemos asumir como parte de nuestras vidas.

En síntesis, las personas con historias llenas de problemas se saturan de aspectos negativos en sus vidas y en su persona, que les generan malestar permanente, recurrente. White trabaja teniendo en cuenta el significado de la historia que los sujetos tienen, relacionándolo consigo mismos, con su forma de ver el mundo y con la forma en que usan el lenguaje para construir historias, para luego generar historias alternativas que permitan generar un concepto de sí mismos y de los problemas sumamente diferente.

### **Estrategias y técnicas de intervención**

El objetivo de este modelo consiste en promover el cambio, a través de facilitar un ambiente de conversación con profundo interés hacia las historias escuchadas (Sánchez, 2000).

Gergen (2005) sugiere que en el proceso terapéutico se abra un espacio para el surgimiento de otras voces, que permitan orientar hacia otro tipo de conversaciones. Estas conversaciones, que fungen en sí mismas como intervenciones terapéuticas, promueven la construcción de nuevas narraciones; historias alternativas que proporcionan una nueva percepción de la historia central (Sánchez, 2000).

A través de las preguntas de influencia relativa (White y Epston, 1994) se comienza trabajando haciendo un mapeo de la influencia del problema en la vida de la persona, para luego considerar la situación inversa, esto es, cómo influye la persona en el problema, especialmente en los momentos en que éste no está presente, buscando relatos que se aparten de la historia dominante y devolviendo a los sujetos ideas de competencia y capacidad.

Cuando se encuentra un acontecimiento extraordinario, se pone en evidencia cierta contradicción entre la historia dominante saturada de problemas y aquello que la desafía. Aquella información que los miembros de la familia habían omitido en forma inadvertida, cobra en terapia un espacio singular, relevante. Este logro asilado se engrosa, se hace más grande, para volverlo en algo “ordinario”. Para ello, es importante que se logre situar dicho hecho dentro del contexto de algún patrón de sucesos (White, 1990). Como resultado, se gesta un cambio en la relación que los miembros de la familia establecen consigo mismos, y con los demás.

Para que eso suceda, el primer paso es que la familia tome distancia de su historia dominante y se separe de la descripción saturada del problema. A través del proceso de externalización se contribuye a que las personas entiendan que ellas no “son” el problema y se evidencia la relación que se establece entre la persona y el problema, distinguiéndolos.

Para externalizar, el terapeuta busca experiencias que no concuerden con el problema dominante (White, 1990). Es importante que estos acontecimientos extraordinarios sean relevantes para las personas. Cuando las personas se separan de sus relatos pueden hallar acontecimientos extraordinarios y a partir de allí, un relato alternativo. Se deconstruye la historia del paciente, el mundo tal cual es percibido y el problema se convierte en una entidad separada, liberando a la persona de los frecuentes rótulos diagnósticos estigmatizantes y limitantes. Por ello, externalizar devuelve a los pacientes su capacidad para hacer algo con aquel problema que tiene sus vidas atrapadas; se recupera cierto sentido de agencia personal, renovando la influencia que las personas poseen sobre sus dilemas vitales.

Se trata de cuestionar los marcos de referencia rígidos y pre-establecidos, incorporando nuevos elementos a la realidad de la familia. Las historias pierden rigidez, ganando terreno a las posibilidades. Los discursos dominantes, que atrapan a las personas, son reemplazados por discursos liberadores, posibilitadores.

White y Epston (1994) proponen una clasificación de preguntas, distinguiéndolas entre las que alientan a la familia a especular sobre sus propias percepciones y aquellas que la alientan a especular sobre las percepciones de otras personas, incluido el terapeuta. En ambos casos, se buscan preguntas que consideren los logros aislados, la derivación de explicaciones únicas (situar el logro aislado dentro de una pauta), la atribución de redescripciones únicas (redescripción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones) y posibilidades únicas (especular sobre el futuro personal y relacional).

Como terapeuta, White trabaja en pos de generar el andamiaje adecuado para que el paciente deconstruya su historia dominante. A través de sus preguntas, facilita la introducción de nuevas descripciones de sí mismos, de los otros, de sus relaciones, del mundo. Y contribuye a que las nuevas ideas perduren. Durante la terapia aparecen dos descripciones, una de ellas acorde a los supuestos familiares pre-existentes, la otra, creada en terapia, emerge como novedosa, distinta, cuestionadora. El terapeuta plantea un dilema, sugiriendo que la familia

debe tomar decisiones que influirán significativamente en el curso de su vida. Se plantea, entonces, una encrucijada: ¿desean continuar con su forma de relación habitual o están dispuestos a apostar y trabajar en pos de una nueva manera de relacionarse? El terapeuta da argumentos válidos para ambas posturas. Si la familia decide embarcarse en un nuevo rumbo de vida, entonces se especula sobre los experimentos que podrían favorecer el tránsito hacia esa nueva dirección.

Otro aporte importante tiene que ver con los distintos usos de las formas de escritura, que pueden aplicarse en terapia. Así, vemos que White y Epston (1994) proponen el trabajo con cartas, certificados, agradecimientos, resúmenes de sesiones, etc. como medio terapéutico. El lenguaje escrito surge con la intención principal de diferenciar a la persona del problema, externalizándolo. También, dichos autores utilizan el recurso de contar a las familias cosas similares ocurridos en otros casos con problemáticas similares.

Como resumen general, puede observarse que el proceso se divide en cuatro momentos. Las conversaciones externalizantes pretenden deconstruir el relato dominante, siguiendo cierta “agenda” para poner en juego las instancias de poder involucradas, y devolver el sentimiento de agencia personal al paciente. En las conversaciones de reautoría se descubre algún acontecimiento extraordinario y, a través de preguntas del panorama de la acción, se lo liga con otros eventos, intentando ubicarlo dentro de cierto patrón. Se pregunta también por las implicaciones de este evento en su identidad (preguntas del panorama de identidad), es decir, aquello que el paciente piensa de sí mismo, a partir del evento encontrado. Las conversaciones de remembranza -que involucran a aquellos que han sido parte de la experiencia- sirven para engrosar las nuevas narraciones. Las ceremonias de definición incluyen a los otros significativos que fungen como testigos del proceso, es decir, aquellos que reconocen y validan el cambio.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo.**

Definitivamente, es un modelo con una propuesta distinta, novedosa, atractiva. El enfoque narrativo, tal como lo define su máximo representante, puede ser considerado como una “terapia de mérito literario” (White, 1990), en la que el papel del terapeuta consiste en ayudar a que las personas se conviertan en protagonistas de su propia historia. La vida misma está entrelazada con la narrativa, con las historias contadas y oídas que son permanentemente

reelaboradas en el libro de nuestra historia. El viaje recorrido durante el proceso terapéutico pretende co-construir historias más viables, más amables, que permitan el vivir sin el temible constreñimiento de una historia dominante desfavorable. Tarea ardua, sin duda alguna, pero sumamente valiosa.

Seguramente, una de las huellas más significativas de este modelo consiste en el propio papel que nos asigna a los terapeutas. Ubicarnos como terapeutas en los modelos más allá de la modernidad, nos coloca en una posición radicalmente diferente, que exige que revisemos nuestra posición, nuestras acciones, ideas y sentimientos sobre lo que implica hacer terapia.

### **2.2.2. Modelo Colaborativo y Equipos Reflexivos**

#### **Introducción**

Los principales representantes del modelo colaborativo son Harlene Anderson y Harry Goolishian. Por su parte, la propuesta del método de trabajo con equipos reflexivos surge en el contexto noruego, principalmente de la mano de Tom Andersen.

Anderson comienza su trabajo a partir del contacto con Goolishian y su terapia de impacto múltiple (TIM), alrededor de los años 50's en Galveston, Texas. En este modelo -que se usó para trabajar intensivamente con familias con hijos adolescentes- Goolishian y su equipo ponían el acento en movilizar los recursos de las familias, juzgando importantes la autorreflexión, el cambio autogenerado y valorando la multiplicidad de voces y los puntos de vista diferentes (Beltrán, en Eguiluz, 2004). A partir de esta experiencia y sus trabajos posteriores, Goolishian se ganó la reputación de ser el formador del diálogo en terapia.

En 1977, Anderson y Goolishian fundan el Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En sus inicios, se nutren del trabajo propuesto por el Mental Research Institute, Gregory Bateson y la cibernética de segundo orden. Años más tarde, se ven radicalmente influidos por la obra de Humberto Maturana y el construccionismo social. En 1987, el enfoque propuesto toma el nombre de "enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración". Al morir Goolishian en 1991, Anderson continúa el trabajo que habían iniciado



juntos, y lo denomina “enfoque colaborativo” (Beltrán; citado en Eguiluz, 2004), ubicándolo dentro de las ideas posmodernas.

Ambas formas de trabajo se enraízan en los aportes del construccionismo social. Desde este paradigma, se propone el alejamiento de la tradición moderna, abandonando las grandes narrativas, las verdades absolutas, la objetividad científica y el valor incuestionable de su discurso. Esta postura filosófica se aleja de la idea de la mente constructora individual y cuestiona la noción de individuo autónomo. La mente es, en definitiva, relacional y el universo de significados se construye a partir de conversaciones con otros, es decir, a partir del lenguaje.

### **Principios y conceptos básicos del Modelo Colaborativo y Equipo Reflexivo**

Anderson (1997) define al enfoque colaborativo como “un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades” (p. 28).

Basados en la hermenéutica, Goolishian y Anderson promueven la idea de que los sistemas humanos son generadores de lenguaje y significado; esto implica la idea de que estar en el mundo equivale a estar en la conversación y el lenguaje. La gente solo vive su vida a través de realidades narradas, construidas socialmente y que dan sentido a su experiencia (Limón Arce, 2005). De esta manera, el lenguaje es generador de sentido, ordena nuestro mundo.

Tomando ideas de la lingüística, los autores afirman que el problema no es una entidad en sí misma, sino una realidad psicológica en la familia, que se deconstruye a través del lenguaje (Sánchez, 2000). La terapia se considera como un espacio propicio para crear nuevas historias, donde la función del terapeuta consiste en crear el ambiente adecuado para que eso suceda. El terapeuta se considera como un experto en crear conversaciones, facilitando el diálogo. Para ello, emplea en su trabajo las llamadas preguntas conversacionales, herramienta vital que le permite avanzar en la comprensión de la realidad de sus pacientes. El terapeuta no sabe a priori cómo se desarrollará la conversación; simplemente se deja guiar por ella, acompañando al cliente en el desarrollo “natural” de su historia (Anderson, 1997). A la vez, esta actitud da cuenta de la orientación hacia el proceso de la terapia, más que al contenido de la misma. En definitiva, dichas preguntas invitan a la indagación compartida.

Anderson (1997) otorga especial importancia a los procesos de escuchar y responder. Escuchar se define como “atender a, interactuar con, responder a” (p. 209) y tratar de aprender acerca de la historia del cliente, desde una actitud genuina que demuestre interés por alcanzar significados compartidos. Además, se considera importante que el terapeuta pueda sincronizarse al ritmo del paciente, acompañando los vaivenes de su narración.

El terapeuta adopta una postura de ignorancia, que requiere que la comprensión del paciente y su problema no se vean cercenadas por sus conocimientos y experiencias previas. Es un “no saber” puesto en juego desde una absoluta posición de respeto, de suma curiosidad por lo que el otro está narrando y reconociendo que el profesional es un aprendiz de la vida del otro y no tiene acceso a ningún saber privilegiado para comprender a la persona y su dilema. Escuchar desde una postura de saber, puede contribuir a la sordera selectiva del terapeuta, que prestará atención solamente para confirmar sus creencias, prejuicios, información aprendida, etc. En este enfoque, el terapeuta no busca verdades; simplemente se dedica a escuchar y preguntar para poder entender mejor.

Asimismo, el terapeuta puede compartir aquello que piensa y siente, puesto que no considera poseer conocimientos privados y superiores que debe esconder estratégicamente de sus clientes.

Así como el terapeuta es experto en crear conversaciones, se considera que los pacientes son expertos en su propia vida. Los terapeutas confían en la contribución que cada uno de ellos puede hacer para resolver aquello que les genera malestar. Se otorga validez e importancia a la voz de los clientes. Así, la “colaboración” inicia con validar la expertez de todas las partes involucradas. (Anderson, 1997)

En estos modelos, es vital conversar con los pacientes recuperando la singularidad de cada uno de ellos y de cada situación. No se realizan generalizaciones ni diagnósticos que partan de ideas preconcebidas, descontextualizadas y/o ajenas a la realidad del paciente. Las historias son locales y específicas, de experiencias en primera persona (Anderson, 1997).

Por ello, los relatos que se comparten se consideran como narraciones locales, creadas a través de la conversación, más allá de los consensos culturales ampliamente compartidos, y se valora su impacto en el aquí y ahora del paciente.

Al respecto, es también importante señalar que durante el proceso terapéutico, ambos - pacientes y terapeuta- reciben influencia mutua, generando significados compartidos y nuevas comprensiones de lo que sucede. La voz de los clientes influye en los pensamientos, sentimientos y acciones de los terapeutas (Anderson, 1997).

Entonces, queda claro que en estas propuestas cobra mucha importancia el lugar que se le da a la relación entre el paciente y el terapeuta; se enfatiza la importancia de procurar una relación de calidad con los pacientes, indicando que las teorías nunca deberían ser más importantes que lo que esté pasando con el cliente.

### **Estrategias y técnicas de intervención**

Es importante señalar que en el modelo colaborativo no se privilegia ninguna estrategia de intervención, ni se diseña un plan de acción de la terapia, ni se plantean objetivos concretos, como sucede en otros enfoques. Tampoco se pone énfasis en producir cambios específicos, para un problema concreto.

Para los terapeutas colaborativos resulta esencial generar un espacio conversacional libre, que propicie el cambio y una nueva narración. Puesto que los problemas son propios del contexto narrativo del cual derivan su significado, (es decir, solo existen en el lenguaje), a medida que el diálogo se desenvuelve, se favorece la creación de las “historias no contadas” (Anderson y Goolishian; citado en Mc Namee y Gergen, 1992). De esta manera, el cambio es consecuencia natural de la relación colaborativa entre paciente y terapeuta (Anderson, 1997). Es importante destacar que las nociones preconcebidas del problema, quedan fuera del proceso terapéutico, puesto que no hay realidades impuestas por un experto.

Tanto en el modelo colaborativo como en el trabajo con equipos reflexivos, la conversación es la actividad central que facilita el cambio en la terapia; a través del diálogo, pacientes y terapeutas inician un proceso de reflexión intensa con el objetivo de generar significados y acciones alternativas.

Es interesante ver cómo las preguntas que se van formulando nacen de la misma conversación en el proceso terapéutico. Anderson (1997) confía profundamente en el proceso de la conversación, porque es allí -en el lenguaje- donde se construyen y reconstruyen nuestras realidades.

En resumen, el sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema. La terapia es un hecho lingüístico que ocurre dentro de una “conversación terapéutica”, que implica una exploración mutua, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, en la gestación de nuevos significados, que diluyan el problema.

Por su parte, la propuesta de Andersen y su equipo reflexivo nos acerca a una forma de trabajo bastante diferente a la tradicional. A través de este método, se eliminan las barreras que en la cámara de Gesell separan al equipo de la familia y del terapeuta; según este dispositivo, cada uno de los miembros del equipo presenta su punto de vista frente a los pacientes, quienes de esta manera, tienen libre acceso para escuchar las conversaciones que los tienen como objeto. Cae la idea de un equipo de expertos detrás del espejo bidireccional, que realizan interpretaciones “ocultas” sobre el proceso psicoterapéutico, sobre la vida de los pacientes, etc. Son conversaciones compartidas, abiertas, que parten del material expresado por los clientes durante las conversaciones terapéuticas, con el fin de hacer contribuciones que posibiliten el cambio.

### **Consideraciones finales. Alcances y limitaciones del modelo.**

Me parece interesante comenzar diciendo que estos modelos -a diferencia de los enfoques sistémicos ubicados en la modernidad- no ofrecen certidumbres, sino un abanico de múltiples posibilidades, que exigen la puesta en juego de la creatividad del terapeuta y la disposición para escuchar genuinamente a las familias. No es sencillo vivir sin redes, pero valdría la pena explorarlo.

Más que un modelo dentro del campo de la terapia, podría pensarse -junto a Anderson (1997)- que constituye una forma de pensar sobre las personas, sus conflictos y la relación entre el terapeuta y ellos. Es una postura que, más que nada, valora la singularidad de la experiencia del otro.

Es probable que muchos terapeutas y teóricos critiquen estos modelos, por encontrarlos demasiado débiles en dirección y responsabilidad del terapeuta. Sin embargo, como bien señalan sus principales representantes, prescindir de la noción de verdad, no significa que “nada exista”; adoptar una posición pluralista no significa que “todo valga”, por el contrario, los enfoques posmodernos alientan la crítica social, puesto que todo está sujeto a cuestionamiento, incluso aquello mismo que sus representantes proponen.

Finalmente, estos modelos permiten entender cómo un encuentro entre extraños en un contexto artificial como la terapia, puede convertirse en una relación transitoria que promueva la iniciativa en la vida cotidiana (Anderson, 1997).

### III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 1. Género, Poder y Vínculos Familiares.

*Si la humanidad está repartida en partes iguales, en hombres y mujeres, por qué al hacer un análisis de la distribución de los derechos y las obligaciones, el resultado es concluyente por lo desigual, por lo disparejo”.*

*Eduardo Galeano*

#### **Introducción**

Hace varios años, desde diferentes sectores de la sociedad, se colocó en la agenda política y social de un gran número de naciones el tratamiento de un tema de alta relevancia: la violencia basada en género. Puesto que fue éste un eje central en los casos atendidos en mi experiencia durante la residencia, resulta pertinente presentar los aspectos teóricos más relevantes del tema en cuestión. Además, este apartado fungirá como sustento teórico para los casos que se reportarán mas adelante.

La violencia de género se ha definido ampliamente, enfatizando los rasgos que colocan, mantienen y perpetúan la subordinación femenina, tanto en el ámbito doméstico como en el social, es decir, “refleja las relaciones asimétricas entre varones y mujeres en cuanto al poder económico, social, moral, psicológico, etc. y perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino” (Bernis, 2001, p.25). Así, al hablar de este fenómeno, nos referimos a todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Este tipo de violencia es un problema que se vive en lo cotidiano y que se expresa de diversas formas: física, sexual, económica, psicológica, tanto a nivel público como privado. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico.

Diversas definiciones han intentando plasmar las características más significativas de este fenómeno. Entre ellas, destaca la propuesta en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994) donde se estipula que

“la violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (OEA, 1994, p.3)

Sabemos bien que la violencia de género adopta formas muy variadas, tanto en el ámbito de lo público, como en los contextos privados, tal como sucede al interior de las familias. Ejemplos de ella son -entre otras- todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral), el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico, social, sexual que sufren las mujeres en lo cotidiano en cualquier contexto, y que –pese a su invisibilización- ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte. La característica central de estos ejemplos de violencia es que se expresan siempre a través de conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista y heterocentrista, que tiene a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos.

El concepto de género da cuenta de la construcción cultural de los roles apropiados a mujeres y hombres, y sus respectivas relaciones de poder. Así también, la violencia de género refleja una manifestación tangible de la construcción social del desequilibrio entre los sexos; se encuentra anclada en las construcciones de poder derivadas de las relaciones intergeneracionales, que naturalizan sus roles y le asignan funciones propias e inmanentes. Se trata de un tipo particular de violencia arraigada en la cultura, que opera como mecanismo social clave para perpetuar la inferiorización y subordinación de las mujeres, operando como un dispositivo de control continuo sobre los cuerpos y deseos de las mujeres.

Como fue mencionado, la violencia hacia las mujeres ha sido, y sigue siendo en gran medida, un tipo de violencia que no era considerada como tal, invisible por tanto. La muerte de tantas mujeres a manos de su marido, amante o compañero; el maltrato, la descalificación, la cercenación de su libertad o de sus derechos, la subordinación de sus capacidades como ser humano y muchas otras restricciones, han sido parte de una normalidad; normalidad que, esencialmente, conforma las mentalidades y las reproduce, haciendo visibles unos hechos e impidiendo ver otros. Ahora bien, una “normalidad” que invisibiliza la violencia no puede ser catalogada de sana, sino de patológica. El apelativo de “normal” puede aplicarse por su

amplitud estadística: el hacer de muchos construye norma; el de "patológica" lo merece si el resultado es la muerte o el maltrato cotidiano. Aunque es la denominación más acorde con la situación actual, normalidad patológica es un contrasentido, y lo es en su expresión profunda, porque una conducta patológica en la convivencia no habría de formar parte de las condiciones de normalidad (Lorente, 2003; Magallón, 2003). Así, la raíz más perniciosa de toda violencia es aquella que está arraigada en supuestos que la convierten en invisible; son supuestos que diluyen las manifestaciones de la violencia en el entramado de lo normalizado en una cultura.

En México, por supuesto, las conductas violentas hacia las mujeres, las niñas y los niños también se han considerado como "naturales", debido a que -en el ámbito socio – cultural – económico- se considera legítimo el hecho de ejercer poder sobre alguien situado en posición de inferioridad jerárquica o de subordinación. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), hay 21.6 millones de mujeres casadas o unidas, de las cuales el 35% reportó haber padecido algún episodio de violencia en el año previo al momento en que fueron entrevistadas (Castro et al., 2006). Resulta alarmante que la familia misma emerja como un lugar privilegiado para el ejercicio de esta violencia. Para el hombre, la violencia que expresa hacia su pareja constituye un recurso de dominación directa, al producir miedo, parálisis, control y daño sobre ella (Ramírez, 2000).

En lo cotidiano, son variados los mecanismos que pone en juego un hombre violento para no responsabilizarse por la violencia que ejerce. Estos hombres, seres superiores y jerárquicamente más valiosos que sus parejas, hijos e hijas, utilizan estrategias que justifican y legitiman su conducta violenta, perpetuando el control sobre quienes reciben su violencia. Es frecuente que, en el seno familiar, los hombres culpen a los otros y otras, nieguen o minimicen sus actos e intenten coludirse con otras personas. De esta manera, el hombre suele decir que su esposa o compañera es la causa de su violencia, y que si ella cambiara, él no tendría que recurrir a la violencia. También la culpa puede recaer sobre cuestiones como el uso de alcohol, la mala economía familiar, el estrés en el trabajo, entre otros. Por otro lado, cuando el hombre niega o minimiza su violencia, pretende definir un acto violento como algo sin importancia; sus acciones son tan irrelevantes, que ni siquiera vale la pena intentar modificarlas. Por ello también suele coludirse con otros (generalmente otros hombres), buscando su apoyo y validación ante la violencia que ejerce (Ramírez, 2000).



En resumen, la violencia de género se encuentra vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a todos los esfuerzos de las legislaciones en favor de la equidad. Constituye un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, a la dignidad y a la integridad física y psíquica de la víctima y todo ello supone, por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática y justa.

### **Un modelo triangular para entender la violencia contra las mujeres: la violencia directa, la violencia cultural y la violencia estructural**

Para la elaboración de una teoría integral sobre la violencia contra las mujeres, resulta conveniente apoyarnos en las teorizaciones de Johan Galtung (2004) y sus conceptos de violencia directa, cultural y estructural. Este investigador sueco, pionero en los estudios sobre paz y conflictos, plantea los diversos rostros de la violencia a partir de un modelo triangular que le permite esquematizar las relaciones e interacciones entre los tres tipos de violencia mencionados. Una de sus tesis centrales coloca a la violencia estructural y cultural como las bases propicias donde se asienta y expresa la violencia directa.

Para Galtung (2004) la existencia de una violencia directa contra las mujeres es bien patente: Se materializa en hechos que van en contra de las necesidades básicas, tal como las contempla este modelo: contra la necesidad de supervivencia (la muerte de tantas mujeres), contra la necesidad de bienestar (el maltrato, el desprecio, la descalificación, el acoso), contra la necesidad de una identidad (la alienación identitaria por imposición de un modelo estereotipado o por reducción al varón, y en cualquier caso, con consideración de ciudadanía de segunda) y contra las necesidades de libertad, la negación de derechos y la disminución de opciones vitales. Si la violencia directa suele ser un acontecimiento eventual, para muchas mujeres es un hecho cotidiano, una forma de vida en la que están inmersas hasta que logran escapar de ella.

La violencia estructural es un proceso coyuntural, según Galtung, en cuyo centro se halla la explotación. En el caso de las mujeres la refleja mejor el concepto de dominación, algo que va más allá de lo económico. Se trata de una violencia derivada del lugar que ellas ocupan en el orden económico y de poder hegemónicos. El que la estructura de la propiedad y de los salarios sea desigual, cobrando menos las mujeres por trabajos iguales a los de los hombres, o

que la pobreza en el mundo tenga rostro de mujer –la feminización de la pobreza-, constituyen ejemplos cotidianos de violencia estructural contra ellas.

También lo es el que el Poder con mayúsculas, responsable de la toma de decisiones importantes que atañen a las vidas de hombres y mujeres, esté sesgado a favor de los hombres. Ellos son quienes ocupan los cargos importantes, las presidencias de los gobiernos, las jefaturas de las iglesias, los puestos dirigentes de la mayoría de las instituciones y corporaciones.

También es violencia estructural, por lo que tiene de incremento de pobreza y de carga de trabajo añadida, el que la mayoría de las familias monoparentales, con hijos pequeños o mayores dependientes, caiga bajo la responsabilidad única de una mujer. La división sexual del trabajo está también en la base de una violencia estructural.

Al respecto, es pertinente retomar aquí lo publicado hace algunos años en la revista *En pie de paz*:

Ayer y hoy las mujeres han ofrecido su tiempo para que otros, ellos, se sientan bien. Han sido las escuchadoras, las sanadoras, las repartidoras de equilibrio, las cuidadoras por excelencia. De este modo ellos han podido realizarse profesionalmente: viajar, dar conferencias, trabajar en el campo o en la política de sol a sol, escribir libros, llegar a ser célebres, todo sin que les remuerda la conciencia o se cierna sobre ellos la mínima duda en torno a las posibles lagunas que pueda acarrear esta su dedicación en exclusiva, o incluso respecto a la legitimidad de su proceso de desarrollo personal (...) Es un tópico decir que detrás de un hombre importante siempre hay una mujer oscura que le apoya. No es tan tópico indagar los costes para las mujeres. Los varones les están extrayendo una plusvalía afectiva que les permite obtener una serie de ventajas de poder y autorrealización (Magallón, 1991, p.10).

Por otro lado, Galtung (2004) señala que la violencia cultural es simbólica y persistente en el tiempo; siempre anida en la religión y la ideología, en el lenguaje y el arte, en la ciencia y en el derecho, en los medios de comunicación y en la educación. Es decir, su función es legitimar las otras violencias, la directa y la estructural. La violencia simbólica en contra de las

mujeres se halla en la mayoría de las creencias religiosas en las que la deidad es masculina, en las ideas sobre la naturaleza de la mujer elaboradas por la filosofía y la ciencia, que la han situado en niveles más cercanos a los animales –la naturaleza- que al ser humano racional; en la literatura y el arte, en las que predominan las obras en las que la mujer es objeto de la mirada, en vez de sujeto creativo y autónomo.

En términos generales, y a modo de resumen, podemos señalar que la desvalorización simbólica de la mujer (violencia cultural) la abocó históricamente a un estatus de subordinación y exclusión institucional (violencia estructural), y esta marginación y carencia de poder favoreció su conversión en objeto de abuso físico (violencia directa).

### **La identidad, una categoría clave de la violencia simbólica**

Un aspecto clave de la violencia simbólica, que sufren hombres y mujeres tiene que ver con la identidad. La cuestión de la identidad, en esta sociedad global que tiende a la homogeneización y el desarraigo, ha pasado a convertirse en uno de los núcleos duros de la conflictividad.

La identidad responde a una necesidad muy potente de pertenencia, como seres sociales que somos; se construye pareciéndonos a unos y diferenciándonos de otros, enfatiza las similitudes dentro del grupo y las diferencias con los demás, por lo que lleva en sí una potencialidad de cierre y confrontación. En el caso de los sexos, la literatura especializada habla de una mayor obsesión y dificultad en el logro de una identidad masculina que en el de una identidad femenina. La confusión de los sexos, la indiferenciación sexual pesa como una amenaza sobre el sentimiento de identidad de ambos, aunque etnólogos y psicoanalistas coinciden en afirmar que esta fuente de angustia pesa más en el niño que en la niña, que los varones han de luchar más duramente que las mujeres para diferenciarse del otro y adquirir psicológicamente su sentimiento de identidad sexual (Badinter, 1986).

Como un legado histórico de las relaciones de dominación establecidas entre los sexos, la violencia identitaria que sufren hombres y mujeres es de doble cara porque se expresa tanto en la asignación de una identidad regida por esquemas estereotipados que constriñen la libertad y opciones vitales de ambos, como negando toda referencia identitaria. Ésta última negación afecta a las mujeres de un modo específico ya que la tendencia actual en los países occidentales es a reducir su identidad a la del hombre.

## **Identidades masculinas**

Miedzian (1995) mantiene que hombres y mujeres siguen anclados en papeles sociales estereotipados que se refuerzan entre sí y desde los que se construye la identificación entre masculinidad y violencia, aunque son los niños quienes desde la infancia soportan una mayor presión social hacia una masculinidad expresada a través de conductas agresivas.

Hombres y mujeres son víctimas de arquetipos potencialmente destructivos, pero son los valores entronizados por una mística masculina los que juegan un papel nuclear en la eclosión de la violencia criminal y de género, sin olvidar que son estos valores los que configuran la forma de pensar y decidir.

Miedzian (1995) señala como principales valores de esta masculinidad hegemónica que se mantiene insidiosamente:

“La dureza y la represión de los sentimientos (no llorar, no tener miedo...), el afán de dominio, la represión de la empatía, y esa competitividad extrema que condiciona a los hombres a valorar por encima de todo la victoria y la gloria, y a encerrarse en las dicotomías “nosotros/ellos” o “ganar/perder”. De ahí es fácil la deriva hacia el ejercicio de la violencia contra las mujeres, pues alguien que cree “que los hombres son por naturaleza dominantes y las mujeres sumisas, no sólo se sentirá profundamente herido si su esposa o novia le deja o si ella no se somete a sus deseos, sino que también experimentará su conducta (libre) como una ofensa humillante a su virilidad” (p.56).

El modelo de varón con el que, en última instancia, se sigue midiendo un hombre en momentos duros de su vida, el modelo que en momentos de crisis parece regir, es un arquetipo en el que la dureza, el éxito, el ocultamiento de los sentimientos y la competitividad extrema -el ejercicio de la dominación-, forman parte del núcleo duro de su identidad. Es aquel que niega en sí cualquier rasgo femenino; en el que se da la ausencia de capacidades empáticas, de ponerse en el lugar del otro. Se trata de un arquetipo que hace sentirse profundamente herido y humillado al varón ante la libertad de una mujer que dice no, o se marcha de su lado. Es este modelo el que todavía sigue siendo sutil o brutalmente hegemónico, en la socialización de los niños.

Como corolario, podríamos pensar que la violencia contra las mujeres es el resultado de una guerra de identidad que libran los hombres consigo mismos. De ahí el destacar la importancia que posee para la eliminación de las raíces profundas de la violencia contra las mujeres, la persistencia en la reflexión y el rechazo social de los aspectos más nefastos de ese estereotipo masculino, aquellos que atan a los varones a los comportamientos violentos, en nombre de su rol.

Luis Bonino (2000) habla de que el rol masculino produce *molestares* y malestares, es decir, hace sufrir a otros y otras pero también a uno mismo. Muchos varones padecen problemas personales, emocionales y de relación: aislamiento, depresiones, obsesiones por no dar la talla, desencuentros con las mujeres, adicciones, dificultades sexuales, etc., cuyo elemento central es el sentimiento de angustia que se crea al tener que estar permanentemente demostrando si se es o no un verdadero hombre.

Es cierto también que, de unos años para aquí, se ha posibilitado la creación y aceptación de nuevos modelos de "ser hombre", es decir, relatos novedosos sobre la masculinidad y sus características. Esos modelos también existen ya, porque el mundo es grande y diverso, pero todavía no han desplazado al varón dominante de su puesto hegemónico. Hoy, lo estamos viviendo, muchos hombres de nuestro entorno son sensibles, empáticos, cuidadores y no especialmente violentos; pero el modelo al que dan vida tiene una menor visibilidad y hegemonía social (en la toma de decisiones políticas, en el cine, en la TV, en las novelas etc.), de modo que nuestros jóvenes siguen alimentándose con los grandes mitos de la fuerza y la dominación masculina. Entonces, aunque existe una evolución de este arquetipo que deviene en diversidad en muchas capas de la población, todavía ellos desde la infancia, tienen que soportar una variedad de presiones sociales, que les empujan a construir y demostrar su masculinidad a través de conductas agresivas adecuadas al modelo. La identidad del varón crece desde una posición de dominación sobre la mujer que puede llegar a hacerle sentir como amenaza la afirmación de la mujer como ser libre porque esta libertad es vivida como amenaza a su propia identidad de hombre. Por ello, los nuevos modelos han de hacerse visibles y significativos, para que trasciendan culturalmente y se instalen en el imaginario social como opciones válidas de masculinidad.

## **Invisibilidad y desvalorización de la identidad femenina**

La violencia simbólica sobre las mujeres se ejerce negando su existencia y aportaciones, sentido y significado. Como ya fue mencionado, en este caso, los conceptos claves son invisibilidad y desvalorización.

Invisibles como sujeto colectivo y desvalorización como negación de la importancia, para toda la humanidad, de lo realizado por las mujeres a lo largo de los siglos, sobre todo del trabajo de cuidado necesario para el mantenimiento y la reproducción de la vida humana.

La tendencia a negar la diferencia entre los sexos para evitar que sea convertida en desigualdad, como ha sucedido en la corriente mayoritaria del pensamiento occidental, ha generado este tipo de violencia simbólica. Pero el nudo problemático de la diferencia sexual no se desenreda negándola, sino dilucidando en qué es relevante.

Es evidente que en los últimos tiempos se ha producido un cierto proceso de toma de conciencia social sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres y el gran obstáculo que ésta supone para la convivencia democrática entre hombres y mujeres. Sin embargo, creemos que el problema aún dista mucho de estar resuelto.

## **Consecuencias psicológicas de la violencia basada en género**

Numerosos estudios ponen de manifiesto las tremendas consecuencias negativas que tiene este problema sobre la salud y que, en algunos casos, lleva incluso a la muerte. Por un lado, la violencia contra las mujeres se encuentra asociada a riesgos y problemas para la salud física, como traumatismos óseos, quemaduras, lesiones corporales, problemas reproductivos, enfermedades crónicas, etc. Sin embargo, como hemos mencionado, también tiene consecuencias psicológicas significativas (trastorno por estrés post-traumático, depresión, ansiedad, intentos de suicidio, consumo de drogas, etc.), que generan malestar en quien recibe la violencia y en sus otros significativos. En esta misma línea, el Informe sobre la Salud en el Mundo realizado por la OMS en el año 2001, indica que la violencia de género puede ser una de las causas de las tasas desproporcionadamente altas de depresión. Además, la violencia sobre las mujeres tiene no sólo consecuencias sobre su propio bienestar, sino también sobre

sus familias (las conductas violentas se aprenden y se transmiten de padres a hijos) y la comunidad (Baños et al., 2005).

Lori Heise (1994), menciona que, la violencia contra las mujeres es la piedra angular que ilustra los conceptos limitados de los derechos humanos y pone de relieve la política de abuso sistemático contra las mujeres. Los elementos sustantivos que caracterizan este fenómeno son:

- No es una violencia fortuita.
- El factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.
- Se reproduce un mensaje basado en la dominación: o te mantienes en tu lugar o tendrás que ser sometida.
- La violencia contra las mujeres es primordial para mantener esas relaciones políticas en el hogar, en el trabajo, y en todas las esferas públicas, que sustentan dicha violencia.

Las estrategias defensivas utilizadas por el agresor consiguen un resultado favorable para él, al trasladar la responsabilidad de la violencia a la víctima, provocando una doble victimización cuando afirma que miente, que está loca o que lo provocó. Este fenómeno se enraiza en la violencia psicológica, que no deja marcas visibles, pero que repercute en su salud física, emocional y mental.

Incluso, para muchas mujeres, los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los efectos físicos. Miedo, ansiedad, fatiga, desordenes de estrés postraumático y desordenes del sueño y la alimentación constituyen reacciones comunes a largo plazo ante la violencia. Asimismo, las mujeres pueden tornarse dependientes y sugestionables y encontrar dificultades para tomar decisiones por sí mismas. La relación con el abusador agrava las consecuencias psicológicas que las mujeres sufren por el maltrato; los vínculos legales, financieros y afectivos que las víctimas de la violencia conyugal tienen a menudo con el abusador, acentúan sus sentimientos de vulnerabilidad, pérdida, engaño y desesperanza. Las mujeres violentadas frecuentemente se aíslan, pierden sus redes sociales de referencia y se recluyen tratando de esconder la evidencia del maltrato.

Es sabido que la sociedad, a través del proceso de socialización, va marcando diferencias sociales, afectivas, de estatus y de poder entre hombres y mujeres a partir de las diferencias anatómicas. Por lo tanto, cuando hablamos de sexo nos referimos a nuestra condición biológica; está determinado por el órgano sexual que cada uno de nosotros posee mientras que género es una construcción social que determina cómo debe comportarse una mujer y cómo debe hacerlo un hombre.

El resultado de este proceso es que a las mujeres se les refuerza la dependencia, la posibilidad de expresar abiertamente sus sentimientos y las habilidades para desarrollar relaciones interpersonales, así como la atención y el cuidado al prójimo. Por ejemplo, ver por los demás antes que a sí mismas es considerado como una gran virtud, una niña será una buena hija si le sirve la comida a su hermanito y una mujer será una buena esposa si se consagra a la atención y al cuidado de su marido.

El premio que recibe por este comportamiento es el de ser querida por su marido pero si se aparta de los designios sociales puede ser “reemplazada por otra” o eso puede constituir una excusa del marido para serle infiel. El temor a que éste ponga fin a la relación es una fantasía terrible que ubica a las mujeres en una situación de mucha vulnerabilidad. No sólo es una fantasía, sino que también tiene un asidero con la realidad: caminar por las calles sin ser molestada, llevar adelante la crianza de los hijos y tener que repartirse entre su atención y generar recursos económicos que requiere de tiempo y esfuerzo por encontrarse sin pareja son situaciones reales que ubican a la mujer en situación de indefensión.

La abnegación y el sacrificio son otras características que les son inculcadas a las mujeres. El desvirarse y el sufrir por los demás es muy bien visto socialmente. Pero el precio que paga por agradar y cuidar a los demás es el de callar o postergar sus propios deseos.

Desde el momento del nacimiento el niño (varón) se encuentra al cuidado de la madre y los primeros años de vida estarán marcados por su cercanía; por lo que aprende a ser sensible y a expresar lo que siente. Para hacerse hombre deberá renunciar a estas características y alejarse de la madre. En el proceso de identificación con la figura masculina adopta rasgos tales como rudeza, individualismo, desconfianza, dominio y empieza a tornarse competitivo. Buscará salir al mundo en busca de gratificaciones y para ello deberá ser fuerte, los sentimientos quedarán a un lado porque “entorpecen” esta búsqueda. El miedo, la tristeza, la ternura, el



cariño quedarán a un lado porque pertenecen al mundo de las mujeres. En cambio el enojo sí le está permitido porque es un atributo masculino.

Poco a poco va descubriendo los beneficios de ser hombre: sus hermanas lo atenderán, le servirán la comida, y tendrá más derechos. Se ubicará en un lugar de mayor jerarquía en el sistema familiar y, en ausencia del padre será “el hombre de la casa”. Tendrá el atributo de la toma de decisiones. Para lograr esto deberá anular sus procesos emocionales ya que estos no le permiten hacer una “buena elección”, obstaculizan una forma clara de pensar.

Así como a las niñas se les estimula el conectarse con los sentimientos, a los varones, en su lugar, se les promueve el espacio intelectual. Muchos hombres creerán que sus ideas son las más apropiadas y las más correctas y no podrán valorar y analizar las que lleguen a través de las mujeres. Por lo tanto habrá hombres que aprenderán a utilizar este espacio de poder que se les presenta y de la mayor fuerza física que tienen para dominar a la mujer. Si por algún motivo ésta se opone, el precio de su “desobediencia” podrá ser motivo de violencia familiar a través de sus diferentes formas: violencia emocional, física, económica o sexual.

### **La violencia contra las mujeres en el contexto mexicano**

Sabemos bien que la violencia contra las mujeres constituye la expresión extrema de la discriminación y subordinación de las mujeres; es perpetrada por hombres que usan la fuerza, el poder, en el seno de una relación asimétrica, para producir efectos buscados y previstos sobre las mujeres, para imponer una voluntad aun en contra de su resistencia, para plegar, para someter, usando la amenaza, la fuerza física, la manipulación, el miedo.

También sabemos que las mujeres no nacemos víctimas, no lo somos como grupo social; la victimización se construye y reproduce en cada hecho violento. Por ello, el feminismo ha rechazado la victimización como forma de vida, porque hay una idea clara de que la violencia es resultado de una construcción social que ha dado como resultado discriminación y subordinación de las mujeres y que esto puede y debe cambiar.

Investigaciones nacionales e internacionales sobre violencia de género señalan que este fenómeno se da en todos los estratos socioeconómicos, aunque con frecuencias y formas de expresión diferentes. En México, según Castro y Riquer (2006), entre los hallazgos de sus investigaciones se encuentra que:

Las consecuencias de la violencia al interior de las familias son tan graves como las agresiones de extraños; La violencia física, sexual y emocional es cometida en su mayoría por hombres en contra de mujeres; Los agresores no exhiben psicopatología diagnosticable; El consumo de alcohol puede exacerbar la violencia, pero no es la causa que la provoca; En la mayor parte de las parejas que experimentan violencia, ésta se presenta desde el inicio de la relación, incluso desde el noviazgo; Se ha observado cierta tolerancia hacia los comportamientos violentos y cierta cronicidad que muestra que las mujeres permanecen en una relación violenta un promedio de 10 años; El límite o alto a la violencia de pareja está relacionado con la intervención de algún hijo(a), generalmente adolescente (p.8).

Ante este problema y sus graves consecuencias, México ha plasmado su compromiso de realizar acciones encaminadas a la erradicación de la violencia contra las mujeres, participando y signando diversos tratados y convenciones internacionales. De éstos, la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (Convención de Belém do Pará) es la más importante tanto en el mundo como en nuestro hemisferio. Fue adoptada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1999.

En este marco, el Estado Mexicano ha apoyado proyectos de generación de información estadística, como la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (Endireh), realizada en los años 2003 y 2006, con el fin de responder a algunas de las recomendaciones generales del Comité de Expertas de la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW, por sus siglas en inglés), específicamente a la Recomendación 12.4, que se refiere a incluir en los informes periódicos del país, datos estadísticos sobre la frecuencia de todas las variables de violencia hacia la mujer y, en particular, sobre las mujeres víctimas de la violencia. La aplicación de la Endireh obedece también a la Recomendación 19c, que alienta a los estados partes a la recopilación de estadísticas y la investigación acerca del alcance, las causas y los efectos de la violencia, y evidencien la eficacia de las medidas para prevenir y responder a la violencia; y a la Recomendación 19u, que solicita a los Estados partes informar sobre todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo datos relacionados con la frecuencia de cada forma de violencia y los efectos de ésta en las víctimas.

## **Marco Jurídico para combatir la violencia contra las mujeres**

La asunción de la responsabilidad del Estado Mexicano para combatir la violencia contra las mujeres se inscribe en la obligación que tiene de eliminar todas las formas de discriminación contra ellas. Obligación que asumió desde la ratificación de la CEDAW- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1981, año en que también entró en vigor. Desde entonces, la aplicación de los derechos sancionados en dicho instrumento es obligación jurídica exigible para el Estado Mexicano en su trabajo a favor de la igualdad de género y el avance de las mujeres.

La Convención y la ratificación que ha hecho México, y muchos otros países, descansa en la noción básica del derecho específico que tienen las mujeres a vivir su vida libre de discriminación por motivos de género. La misma Convención reconoce que una de las manifestaciones de la discriminación por razones de género más propagada y arraigada en la sociedad es la violencia contra las mujeres o violencia basada en el género, la cual les impide ejercer sus derechos y libertades, en igualdad con los hombres.

### **México y su Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**

En Febrero de 2007, el Poder Ejecutivo publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se establece la integración y puesta en marcha del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres.

El objetivo de este Sistema, en el que participa el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) como Secretaría Ejecutiva, es conjuntar esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

La promulgación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia el 1° de febrero de 2007, constituye un gran paso en el combate de este grave problema. Su importancia radica en que establece los lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el Estado intervendrá en todos sus niveles de gobierno, para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.

## **Abriendo el cierre**

A pesar de todos los esfuerzos que se han realizado, éstos siguen siendo pocos, en comparación con el rezago en el acceso y libre ejercicio de las mujeres a una vida libre de violencia. Aún seguimos viendo en diferentes contextos, las desigualdades y el ejercicio de violencia de género, que causa consecuencias importantes en las mujeres, pero también en todos los demás involucrados: el hombre que ejerce violencia, tampoco sale ileso de dicha situación; el ejercicio de la violencia también tiene un costo importante para él. Sus hijos, testigos silenciosos en muchos casos, también reciben consecuencias al presenciar actos de violencia en el hogar. Incluso, muchas veces, son también victimizados por sus padres.

El hecho de que exista una sola mujer o niña que viva alguno de estos y/u otros problemas, son motivo suficiente para seguirse ocupando acerca del acceso a los derechos humanos fundamentales de estas personas. Resulta por ello imprescindible que, independientemente de las tareas emprendidas por el gobierno federal en torno al cumplimiento de los derechos establecidos en los múltiples instrumentos internacionales y nacionales, el resto de la población, en sectores públicos y privados, en ámbitos de salud, educación, social, medios de comunicación, etc. se involucre activamente -como agente de cambio- en la procuración del libre acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

## **2. Habilidades clínicas terapéuticas: integración de expedientes de trabajo clínico por familia**

Durante mi formación, tuve la oportunidad de atender pacientes, ya sea a nivel individual, de pareja o familiar, en dos de las tres sedes en las que se desarrollan las prácticas clínicas de las y los residentes. A continuación, se reportan dos casos, ambos significativos para el tema que es eje rector de este documento: género y poder.

## 2.1. Reporte de Caso “MARÍA C.” (Seudónimo).

### Datos de la paciente y su familia

	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
1.	María C.	54	Esposa	Lic. en Economía. Trabajó durante 33 años en Subdirección de Recursos Financieros de una Subsecretaría de la SEP. Actualmente está jubilada, pero tiene un contrato por honorarios durante un año en el mismo lugar,
2.	Néstor H.	62	Esposo	Trabaja en un despacho de abogados, como gestor, y en edificio de profesiones de la SEP. Estudió Relaciones Industriales.
3.	Mario H.	28	Hijo	Estudiante de Ingeniería geofísica
4.	María H.	22	Hija	Pasante de Sociología

**Terapeutas:** Marina Giangiacomo Bolzán y Luis Arturo Sirgo Cruz.

**Supervisoras:** Ma. Elena Rivera Heredia (bajo el Modelo Estratégico) y Ma. Blanca Moctezuma Yano (bajo el Modelo de Terapia Breve)

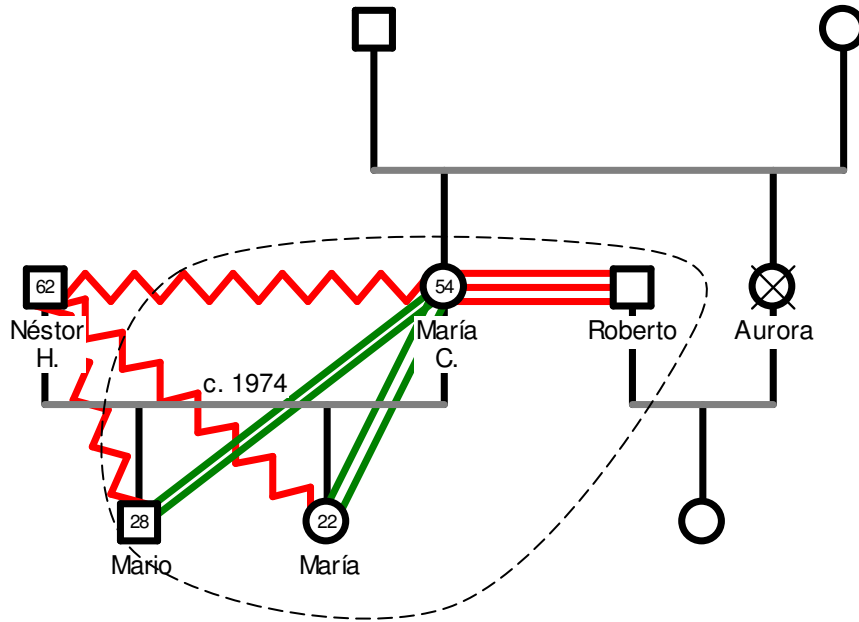
**Equipo terapéutico:** Manuel Almanza, Fania Delgado, Linda López, Susana López, Regina López, Liliana Moreno, Anel Gómez y Edna Barrios.

**Lugar de prestación del servicio:** Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, Facultad de Psicología, UNAM.

**Cantidad de sesiones trabajadas:** 11 (seis de ellas bajo el modelo estratégico y 5 bajo el modelo de terapia breve).

La frecuencia propuesta inicialmente fue quincenal, pero en varias oportunidades las sesiones debieron separarse por más semanas, por motivos de feriados o vacaciones en la UNAM. La paciente acudió a sus citas en forma constante y puntual en casi todas las ocasiones.

**Familiograma (al inicio del tratamiento):**



\*Durante el período abril-noviembre 2006 Roberto vivió en casa de María, recuperándose de una operación.

**Motivo de consulta**

En la sesión de pre consulta y en la entrevista inicial, la paciente resalta su interés por mejorar la relación que mantiene con su esposo desde hace 31 años; relación que describe como distante, con poco involucramiento, comunicación y -en ocasiones- ofensiva e irrespetuosa.

Asimismo, pretende descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida saludable (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, mejorando la relación que mantienen ella y su esposo Néstor.

## Descripción del problema

La paciente refiere sentirse dolida e inquieta por la relación poco satisfactoria que ha mantenido durante 31 años con su esposo. Prácticamente desde el comienzo, María y Néstor han sostenido una relación lejana, distante, en la que este último ha ocupado un rol periférico respecto a su familia. Las funciones parentales fueron cubiertas por Roberto, cuñado de María y causa de enérgicos conflictos entre la pareja (Néstor se muestra celoso de Roberto y acusa insistentemente a María de infidelidad). María se muestra agobiada y confundida por las acusaciones de su esposo. Al mismo tiempo, manifiesta sentir hacia Roberto un agradecimiento eterno e incondicional por el apoyo que éste le brindara en su juventud, considerándolo como parte fundamental de los cimientos que dan cuenta de lo que ella es hoy en día.

El subsistema conyugal se encuentra fragmentado, deteriorado. María menciona llevar “31 años divorciada” y reporta tener poco en común con su marido, a excepción del ámbito sexual, donde la relación encuentra un espacio de placer, compartido por ambos. Desde el inicio de la relación, se han presentado eventos particulares, que ponen en duda las intenciones de ésta pareja en términos de compartir una vida juntos. Ambos mencionan haberse casado “para siempre” y “enamorado”, pero en la práctica, la vida de pareja ha sido prácticamente nula desde los primeros momentos que siguieron a su boda.

María y Nestor conforman una pareja de edad media con hijos mayores (28 y 22 años), aun en situación de dependencia de sus padres (especialmente de María, que es la proveedora económica y afectiva de la casa). Ambos hijos son estudiantes y, aparentemente, los dos tienen planes de continuar sus estudios en el exterior. Sin embargo, a pesar de percibirlos como dos jóvenes autónomos, con vida propia y proyectos independientes, se aprecia que la relación con su madre es bastante estrecha y dependiente.

La relación entre los hijos, María y Mario, es cordial, se llevan bien y comparten salidas juntos. Además de ellos, incluiríamos en el subsistema fraterno a Néstor, el padre. Aparentemente, al no haber cumplido sus funciones de papá, sus mismos hijos mencionan considerarlo como el “hermanito” con el cual se llevan muy mal; discuten, pelean, se gritan y acuden a María en busca de un árbitro justo que resuelva la situación o que actúe de juez y escucha de sus quejas. En ese sentido, pueden distinguirse jerarquías un tanto confusas, en las

que, por ejemplo, el padre ocupa el lugar de hermano de sus propios hijos. Asimismo, existen límites rígidos entre Néstor y el resto de los integrantes de la familia. El contacto entre ambas partes es escaso, poco fluido y, gran parte de las veces, agresivo.

Por otra parte, el subsistema parental se encuentra formado por María y por su cuñado Roberto. Éste último ha participado en la crianza de los hijos desde pequeños, y éstos refieren verlo como un “padre”. Como ha sido mencionado, Néstor no ha desempeñado funciones ejecutivas relacionadas con su rol paterno y tampoco se ha comprometido con su rol de esposo. Se ha mostrado periférico y distante, involucrándose poco en la dinámica familiar cotidiana. La paciente refiere que la responsabilidad de tal alejamiento ha sido mutua: para María fue muy práctico formar el subsistema parental junto a su hermana y cuñado, logrando un frente común en la crianza de los hijos de ambas parejas.

Con respecto a la relación con Roberto (y debido a la historia de acompañamiento y solidaridad compartida por ambas familias) los límites se presentan como difusos, habiendo un sobreinvolucramiento de las dos familias. En apariencia, el único que queda por fuera del “muégano” familiar es Néstor, quien desde el principio de la relación, se mostró reacio a lo que el vivía como “invasiones” a su familia nuclear.

En cuanto a las redes de apoyo de ésta paciente, aparece como figura principal, Roberto, cuñado de María, que ha fungido como figura protectora desde su adolescencia cuando él y su esposa (ya difunta) se hicieron cargo de María con el afecto propio de unos padres. Tanto María como Mario, hijos de la pareja, parecen funcionar como fuente de apoyo para su madre, especialmente la primera. María se siente cuidada y protegida por ella, y manifiesta una gran admiración hacia su hija, puesto que ha hecho todo lo que a ella le hubiera gustado hacer.

Como fuentes de estrés, se destacan las experiencias de vida que han impactado a María y Néstor. María se convirtió en huérfana a temprana edad y creció -en distintas etapas- de la mano de una abuela, un hermano y una madre adoptiva. Es una infancia plagada de maltratos, de lágrimas, de golpes y de descalificaciones verbales severas, que definitivamente han dejado en ella una huella que aun hoy, 40 años mas tarde, le duele como si pudiera remontarse -con el cuerpo y con la mente- hasta esos días. Su hermana Aurora y su cuñado



Roberto comienzan a apoyarla en su adolescencia, la acompañan en su crecimiento, incondicional y cariñosamente.

La historia de Néstor es igualmente dolorosa. Huérfano de padre (es asesinado) a edad temprana, Néstor aprende, como hermano mayor, a sobrevivir y salir al ruedo en situaciones difícil de su entorno. Para apoyar la economía de su madre y hermanos, comienza a trabajar joven, y se ve involucrado en algunos episodios violentos con compañeros de trabajo, o en la calle. Consume marihuana y alcohol con frecuencia. A pesar de este escenario desolador, Néstor se ve apoyado en su adolescencia por algunos familiares y amigos que lo impulsan en su crecimiento personal. Logra finalizar una carrera y forma familia junto a María.

Por otro lado, las enfermedades de los miembros de la pareja pueden considerarse como otra fuente de estrés. María padece de riñón poliquístico, enfermedad que representa una fuente de desconcierto, de incertidumbre; no sabe en qué momento puede empeorar su condición y cuáles serán las consecuencias. Por su enfermedad, María tuvo que abandonar su trabajo de toda la vida, en el que se sentía a gusto, reconvertida, querida y valorada (a pesar de que aún mantiene contacto con su profesión y sus amistades). Por su parte, Néstor padece de artritis. Detectada en su juventud y con un mal pronóstico, la enfermedad ha convivido con él mucho más allá de lo previsto por los médicos. Ha vivido dos operaciones importantes de cadera y camina apoyado en un bastón.

En cuanto a su sistema de creencias, y por la educación recibida (“a la antigua”), María ve al matrimonio como una institución para toda la vida, que debe preservarse utilizando todos los medios posibles, sin importar el costo personal que esa decisión conlleve. El divorcio es una palabra tabú, un gran “monstruo” que la espanta y con el que teme enfrentarse.

Otro aspecto significativo es el alto valor que le otorga a la vida. Es una persona que, por su condición, tiene claro que cada día cuenta, y que merece tener una vida mejor. Cuida su estado de salud y presenta una alta disposición para modificar los aspectos que le generan malestar en su relación de pareja. Desde joven, la paciente refiere haber creído que siempre es posible cambiar las cosas, mejorarlas y que uno “siempre está aprendiendo”, premisa que indica su alta disponibilidad al cambio, su compromiso con el proceso terapéutico y con la vida misma.

Es así como diversos problemas -que tienen una historia de larga data en la relación de pareja de María y Néstor- encuentran su punto máximo de expresión debido a los fuertes celos que presenta Néstor hacia Roberto. El triángulo formado por ellos permite “tapar” problemas de relación mas profundos, y evita, por parte del esposo, el sentirse responsable y/o interpelado por ellos.

## **Descripción de las sesiones**

### **1er sesión: 13/03/06**

Comenzamos explicitando el encuadre (equipo detrás del espejo, sesiones videograbadas, frecuencia de los encuentros) y dando la bienvenida a la paciente. Al preguntar por el motivo de consulta, María comenzó a narrar diversas historias relacionadas con su matrimonio de 31 años con Néstor. También relata historias relacionadas con su juventud.

Su temprana orfandad la hace pasar estancias no muy felices con diferentes miembros de la familia, hasta que finalmente es acogida por su hermana Aurora (ya difunta) y su cuñado Roberto, a sus 15 años. Es una historia de “salvación” puesto que ambos cambian la perspectiva de la vida de María, la apoyan en sus estudios y la acompañan afectuosamente en su crecimiento. La paciente enfatiza la importancia de la relación que tenía con ellos y alude a situaciones concretas (por ejemplo: el pago de sus estudios, la compra de una máquina de escribir, etc.) que la conmueven aun hoy, 40 años mas tarde. Son éstos los recuerdos del corazón que la hacen sentir cercana e incondicional a Roberto.

Menciona que acude en este momento a terapia por dos motivos principales: (1) las acusaciones de Néstor le están causando mucho dolor y confusión. Y no entiende por qué le afectan tanto y (2) Se ha dado cuenta que los años que siguen serán seguramente sus últimos años, por lo que pretende vivirlos “en armonía”, junto a su esposo.

Después de un corte en la sesión para ir a platicar con el equipo, se le entrega un mensaje recalcando los aspectos de fuerza que posee y los recursos con los que cuenta. Asimismo, se hace mención a la comprensión por parte del equipo acerca de la relación con

Roberto. Además se le plantea la posibilidad de que Néstor pudiera asistir a la siguiente sesión, o a una de las sesiones posteriores durante el proceso.

### **2da sesión: 27/03/2006**

María acude a la sesión con unos cuantos minutos de retraso. Al llegar, se le da la bienvenida y se le nota inmediatamente participativa. Llega sola, así que se le vuelve a recordar la importancia de que su esposo acuda aunque sea a una sola sesión, siendo su participación de gran relevancia para el proceso.

De manera inmediata, María comienza a relatar los sucesos de las dos semanas anteriores. Un evento en el que María se ve involucrada en una acusación de robo la afecta y la remonta de inmediato a sucesos de su infancia en los que se sintió humillada, discriminada y maltratada por personas significativas. Esto, de acuerdo a ella, ha mermado su autoestima y siente que no sabe “decir que no”. Estas experiencias le han generado un “resentimiento adentro” que pugna por expresarse. Cualquier situación en la que se ve a sí misma defraudada por otros, o en la que su persona es “puesta en duda”, causa en ella angustia y tristeza. María no entiende aun por qué le impactan tanto estos sucesos y pretende encontrar formas para controlar sus emociones.

Más adelante, se comenta acerca de su interacción con Néstor (su esposo), y cómo parece ser que están creando “círculos viciosos” entre ambos. Antes de hacer una pausa para hablar con el equipo, se le pregunta qué se podría hacer para romper dichas interacciones sin salida. Al regresar, la paciente comenta haber dado con una idea “clave” para entender qué ocurre: es necesario que aprenda a expresar lo que siente y piensa, en forma abierta y clara. Incluso, enfatiza en la necesidad de expresar los “no” que habitualmente no puede decir, por miedo de perder el amor de las personas significativas que la rodean.

### **3er sesión: 17/04/2006**

Por cuestiones prácticas, en fechas cercanas a la sesión, su cuñado Roberto se muda a la casa de María durante las semanas de recuperación de una operación reciente. La paciente relata un cambio significativo en su relación con Néstor, quien deja de repente de comportarse celoso e irrespetuoso con ella. Explorando un poco más, María refiere tener sumamente claro que dicho

cambio forma parte de un “ciclo” que ambos han compartido a lo largo de su matrimonio, en el cual los momentos de “crisis” parecen ser los mas frecuentes, alternándose con momentos de “auge”, o de bienestar en la relación (estos momentos le han permitido conservar el matrimonio durante más de 30 años). Se encuentra viviendo, en este momento, una relación más armónica, con menos estrés. La paciente se muestra vivaz y alegre durante la sesión.

Otro tema importante fue considerar la posibilidad de que Néstor -por características personales y por su historia de vida- pudiera ser incapaz de demostrarle a María su afecto en forma apropiada, expresándolo muchas veces con agresiones, celos, etc.

Se ponen de manifiesto también las diferentes personalidades de los cónyuges, que parecen alejarlos en su cotidianidad como pareja. No parece existir un “mundo de pareja” entre ambos, como si no compartieran espacios, actividades, intereses, etc., más allá de las relaciones sexuales satisfactorias.

Se le deja de tarea el pensar cómo pueden propiciarse las épocas de “auge”, disminuyendo las prolongadas etapas de crisis.

#### **4ta sesión: 08/05/2006**

La paciente relata con mucha pesadumbre algunos eventos recientes en los que nuevamente se ponen en evidencia los conflictos que existen entre Néstor y sus hijos, Néstor y María y Néstor y Roberto, el cuñado. Un bautizo familiar reúne a todos el sábado anterior a nuestra sesión y se presentan varios conflictos y malestares durante la jornada. Explorando, encontramos la siguiente información en dichas díadas:

- Néstor y sus hijos: Los hijos no ven a Néstor como un padre y lo colocan como hermano menor, con el cual se llevan mal (pelean, se gritan e insultan en forma inapropiada). Néstor, por su parte, no se siente papá de sus hijos y culpa a María por las opiniones que éstos últimos tienen sobre él. María, la hija menor, es quien expresa contundentemente sus opiniones y sentimientos hacia su papá. María relata un círculo vicioso en el que han participado todos, intentando solucionar el problema en su relación (padre e hijos se llevaban mal desde el comienzo, María intentó mantenerlos alejados,

para evitar los conflictos y esto, a su vez, contribuyó a que la relación nunca pudiera mejorar. Así, la solución intentada, concluyó empeorando el vínculo).

- Néstor y María: los reclamos hacia su esposa parecen ser permanentes, cotidianos y bastante agresivos. María refiere haber sido llamada, esa misma mañana, “traicionera, hipócrita, burlona” en relación a un episodio ocurrido 30 años atrás. Néstor refiere en ocasiones a su pasado poco feliz, y justifica sus acciones en el presente en base a su historia de vida. Así como sus hijos no han tenido un padre, María siente no haber tenido un esposo a su lado como compañero. Cuando se le pregunta sobre las cualidades de Néstor, dice: “a veces es cariñoso, aunque tosco” y “a veces me platica lo que le pasa, me cuenta sus cosas”.
- Néstor y Roberto: cuando comparten espacios, ambos se sienten incómodos (así como el resto de la familia). Aparece un comentario sumamente interesante de parte de Néstor hacia María: “¿Por qué siempre cargamos con Roberto para todos lados?, ¿Por qué no nos vamos juntos, en familia?”

En algunas ocasiones durante la sesión, María repite enfáticamente: “quiero saber por qué he aguantado tantos años, por qué he sido tan necia para sostener esta relación y aguantar tanto”, como si el hecho de encontrar una respuesta a su pregunta pudiera darle cierto alivio, cierta paz, y le permitiera cambiar el presente. Manifiesta, una vez más, que necesita resolver su situación en esta etapa de su vida, porque sabe que le quedan pocos años “de buena salud”.

Entre las explicaciones plausibles, la paciente esboza una durante la sesión. Su “gran capacidad para amar”, para proteger a los “desvalidos” y su deseo de “cambiar a las personas” la llevaron a escoger una pareja basada, desde el comienzo, en esa premisa “yo te voy a cambiar”. Se le devuelve -usando su propia idea- que desde el principio entró a su matrimonio con un hijo a quien cuidar y salvar.

Al finalizar la sesión, aparece información nueva e interesante. Por un lado, María se muestra espantada con la idea de un divorcio, es un tema tabú en su vida y lo viviría como un fracaso personal muy fuerte. Por otro lado, plantea tímidamente la posibilidad de separarse de Néstor (vivir en casas separados, pero sin el trámite legal necesario para un divorcio), apoyándose en este espacio terapéutico para tomar la decisión.

También deja entrever un esquema de lo que ella espera en un futuro cercano: si lograra cada quien entender lo que le pasa (fundamentalmente las experiencias del pasado de cada miembro de la pareja), entonces podrían tomar una decisión apropiada (reconciliarse, tener una relación distinta, ó separarse).

### **5ta sesión: 29/05/2006**

Es ésta una sesión conjunta, de pareja, que sorprende a todos. María acude acompañada por Néstor, su esposo, y reporta su sorpresa por la súbita decisión de su esposo de acompañarla. Néstor se muestra, en un principio, celoso y desconfiado hacia el espacio terapéutico que se ofrece; hace preguntas respecto a cómo debe llevarse la sesión, pretende saber si se le va a dar “orientación” acerca de las cosas que hace bien o mal y *tips* para resolver sus errores. Al mismo tiempo trata de limitar la terapia a dos o tres sesiones intensivas, en las que se trabaje rápido y profundamente para resolver el problema. Mostrando empatía y validando su sentir, los terapeutas dejan claro el modo de llevar las sesiones, explican que los cambios se dan “entre todos” como un equipo, que no se darán consejos acerca de comportamientos “buenos” o “malos” de cada quien y que el tiempo necesario puede ser variable.

Como María, Néstor se muestra sumamente interesado en retroceder a su infancia para poder entender de dónde viene todo el problema. Es hijo de una familia de 16 hermanos; cuando era niño asesinaron a su papá y eso marcó sus primeros años infantiles. Recuerda (con una emoción contenida en sus labios) los problemas por los que atravesó su madre a cargo de la familia. Él mismo tuvo que comenzar a trabajar desde muy pequeño. Dos años después de la muerte de su padre, su mamá se vuelve a casar con un hombre que tacha de irresponsable, borracho y agresivo. Al mismo tiempo, fueron tiempos muy difíciles en donde sufría abusos en su ambiente de trabajo. Sin embargo, salió adelante, tanto por sus propios recursos como por influencias de personas externas (punto que comparte con la historia de la infancia de María). Para Néstor, esas vivencias provocaron que su carácter se “endureciera”. Comienza a trabajar y a estudiar gracias al apoyo de su red social; en esa época reporta haber consumido alcohol y marihuana de manera regular. Pero también por medio de influencias externas, logra salir de ese camino de “malas compañías”.

En ese punto se interviene para que la historia sea narrada “entre los dos”, se les pone frente a frente para que realicen el ejercicio y comienzan a narrar su “historia común”. Así, nos enteramos que Néstor conoce a María en la escuela, donde él estudiaba la preparatoria y María trabajaba. Néstor expresa agradecimiento a María por haberlo ayudado en esa época. Comienzan a salir y se hacen novios. En ese entonces, él también salía con otras mujeres, pero al descubrir en María a una buena persona, decide dedicarse exclusivamente a ella.

En esa época Néstor comienza a tener problemas de artritis (aproximadamente en 1972). Reporta que “ahí comenzó su calvario”. Los doctores pronostican que en 15 años estaría en silla de ruedas; sin embargo en la actualidad todavía puede caminar. En ese entonces, expone a María su condición de enfermo, y ella, profundamente enamorada, decide continuar con la relación de pareja. Se casan en 1974; ambos llegan a esta etapa con mucha ilusión de ser felices, de tener hijos y de que el matrimonio durara, como en los cuentos, para toda la vida. Sin embargo, los eventos que siguieron no fueron precisamente así de maravillosos. Incluso desde la luna de miel ocurren situaciones inusuales, donde Néstor reporta molestia porque su concuño (Roberto) les pide que lleven a su hija con ellos, como chaperona de la pareja recién casada.

Los primeros cinco años de su matrimonio son difíciles; Néstor trabaja fuera de la ciudad y, aunque le propone a María irse con él, ella prefiere quedarse en la ciudad y vivir con su hermana Aurora y con su esposo Roberto. Se ven sólo los fines de semana, hecho que impacta en los miembros de la pareja en forma distinta. Para María es un eterno idilio, una relación teñida por el encanto del noviazgo, de la espera ansiosa y de reencuentros intensos. Néstor, en cambio, se siente incómodo, desplazado, insatisfecho con su supuesta nueva vida de casado. Se siente molesto por la compañía permanente de Aurora y Roberto.

Al final de la sesión, aparecen temas difíciles: Un intento de suicidio de María, algunas intenciones de divorcio por parte de Néstor y una vida de pareja sin un mundo construido de a dos y, además, sin una parentalidad compartida.

#### **6ta sesión: 12/06/2006**

Contrario a nuestras expectativas y deseos, María acude sola a ésta sesión. La paciente comienza mencionando una idea que ha estado presente desde los primeros encuentros:

Néstor y ella necesitan solucionar su problemática personal (lo que ambos traen “atorado”), producto de sus infancias difíciles, y a partir de allí podrán encontrar nuevas formas de estar juntos. Aunado a esta creencia, María manifiesta su inquietud acerca de la forma en que continuaremos trabajando en éste espacio; no tiene claro si prefiere seguir trabajando sola, o junto a Néstor. Se le reconocen ambos caminos como válidos y se le brinda la opción de escoger cómo quiere continuar.

María narra sobre la experiencia de la sesión compartida junto a su esposo. Se siente impactada y sorprendida, por algunas de las cosas escuchadas en ese encuentro. Ratifica algunos puntos comentados por Néstor (como la pobre opinión hacia el padrastro alcohólico y violento), y empatiza con el desvalimiento y sufrimiento de su esposo. La paciente reporta hacer uso en ocasiones de ese sufrimiento para justificar a Néstor y sus acciones prepotentes; justificación que sus hijos ya no creen ni aceptan.

Se pone en evidencia que los miembros de la pareja perciben las situaciones de manera radicalmente diferente. La perspectiva de uno puede tener poco o nada que ver con la del otro, y a esto se le agrega la comunicación poco eficaz presente en ésta pareja. No han podido expresar sus necesidades y deseos en forma asertiva, en el momento justo y con palabras claras, acumulando rencores y asumiendo que uno debería saber cómo se siente el otro ante determinada situación.

Se retoma nuevamente la idea de que la familia de María (Roberto, fundamentalmente) constituye una fuente importante de malestar en Néstor, quien reclama a su esposa por el sobreinvolucramiento de ambas familias. María acepta su parte, tiene claro que desde el principio se ha acercado mucho a Roberto y su familia, puesto que en ellos encontró una fuente de apoyo incondicional.

Al cuestionarla sobre los orígenes de esta pareja que no pareció pareja desde el principio, María menciona que al momento de casarse le hubiera gustado observar mayor determinación por parte de Néstor en la toma de decisiones. Por ejemplo, si él hubiera insistido en convivir juntos, ella hubiera aceptado, basándose en su creencia juvenil de que la mujer debía “servir al hombre amado”.



Para el cierre, se trabaja con equipo reflexivo frente a la paciente; cada quien devuelve sus impresiones, resonancias, comentarios que tiene sobre María y su situación. Algunos comparten experiencias personales y, especialmente, se le da mucho crédito a su fortaleza en la vida. María agradece los comentarios y manifiesta tener las cosas poco claras. Sin embargo, se siente cada vez más cercana a la decisión de no querer seguir su vida junto a Néstor. Pide que se le otorgue el privilegio de estar confundida durante algún tiempo.

Cuando volvemos a ser tres en la sala, María puede contestar la pregunta inicial con firmeza y claridad: Opta por continuar su proceso terapéutico sin la compañía de Néstor.

### **7ª Sesión: 26/06/2006**

María llega a sesión y se reporta tranquila. Cuenta que ha estado pensando en la idea de la separación y que entiende que “no puede pasar toda la vida disculpando” a su esposo, Néstor. De hecho, se pregunta si lo que siente por él es amor o ternura, y reconoce que no hay un culpable único, ambos son copartícipes de sus problemas.

Se comenta brevemente sobre las creencias y prejuicios basados en el género que María podría haber acuñado desde su infancia. Se le deja como tarea el reflexionar sobre dichas creencias y su influencia en su vida actual, en sus vínculos, en su realidad cotidiana.

María menciona que se le hizo más fácil hablar de la separación después de lo ocurrido la sesión anterior con el equipo reflexivo. Ahora puede ver el tema de la separación con más claridad y considerarlo como algo más normal.

Después de hablar de este tema, se pregunta qué necesidades tiene ahora María con respecto a su tratamiento. Ella menciona que, ahora que sus hijos van a irse de la casa (Mario se va a Gran Bretaña con una novia y María Lilia está tramitando una beca para irse a estudiar a Francia), necesita más seguridad en sí misma, más confianza, elevar su autoestima. Al final de la sesión, ella misma nos comenta que pretende leer un libro acerca del divorcio para seguir trabajando durante el periodo vacacional de verano.

## **8ª Sesión: 04/09/2006**

María regresa del período vacacional con buen ánimo. Se revisa la tarea con ella acerca de los prejuicios de género. Con mucha facilidad, María reconoce a su abuela materna -quien la crió de los 2 a 13 años- como la fuente principal de donde surgen los mensajes que colocan a las mujeres en una posición de sumisión ante los hombres. “Los hombres deben ser servidos con prontitud y esmero” decía la abuelita, dando prioridad a los hombres de la familia en cuestiones como el estudio, privilegios en el hogar, etc.

Con una llamada, el equipo resalta la capacidad de María para adaptar el guión familiar heredado a sus propias necesidades de vida. Así es como –a pesar de la herencia de la abuela- María ha logrado obtener una licenciatura, un buen empleo (en donde es reconocida y apreciada) e hijos independientes y autosuficientes. El equipo destaca también la elección de una pareja que escapa al rol tradicional del hombre: Néstor colabora en forma menor al sustento familiar, siendo María la principal proveedora económica. Asimismo, en lo cotidiano, María es capaz de elegir cuáles de las costumbres e ideas de la abuela quiere asumir como propias, y cuáles no, por disfuncionales.

En ese momento, entra a la sesión la supervisora, y realiza una fantasía dirigida en la que conduce a María desde su infancia hasta la actualidad, rescatando los valores familiares, sus propios recursos, su capacidad para cambiar, estableciendo un agradable nexo entre las generaciones anteriores y las actuales (se ancla a la abuela con la nieta, por ejemplo). El trabajo culmina situándola en el aquí y ahora, y preguntándole sobre su futuro conyugal. La paciente declara que pretende vivir sus próximos años en armonía, mas feliz, haciendo lo que quiere, sin las agresiones permanentes de su marido. Pretende encontrar formas para que dichas agresiones no le afecten tanto, pero la supervisora le devuelve la propia responsabilidad de establecer límites claros y explícitos hacia Néstor. María enfatiza que siempre le ha resultado muy difícil establecer límites con las personas.

## **9ª Sesión: 09/10/2006**

La paciente señala que las cosas en su relación de pareja han mejorado. Se define a si misma como “curada”, y nos regala algunas anécdotas recientes en dónde ha sentido que le ha sido

posible hacer cosas distintas, que le permitieron sentirse más a gusto con ella misma y al mismo tiempo, que generaron una respuesta diferente en Néstor.

Entre los cambios que ella puede percibir, menciona que ha logrado no “engancharse” en las disputas maritales, haciendo caso omiso a los comentarios o reclamos de su esposo. Asimismo, es importante destacar que María comenta que ha empezado a comprender más las diferencias entre Néstor y ella, respetando y aceptando puntos de vista diferentes. Ha podido distinguir entre su propia responsabilidad y la de su esposo a la hora de sacar a la pareja adelante. Durante la sesión se le pregunta acerca de sus recursos para establecer límites a Néstor, especialmente en el momento en que éste último comience a agredirla. María menciona sentirse lo suficientemente fuerte como para señalarle a su esposo aquello que no quiere permitir más en su relación (agresiones verbales, especialmente), así como también ser congruente con las consecuencias que plantee.

En algún momento de la sesión, María intenta remitirse a sus conflictos de la infancia para explicar su malestar actual. Esto es interrumpido por los terapeutas, reubicándola en el aquí y ahora de su problemática. Por sugerencia del equipo, se realiza una evaluación diferenciando cómo llegó y cómo se encuentra actualmente. La paciente contesta de inmediato, sin dudarlo: *“llegué en un 1, y estoy en un 8”*. Piensa que le es necesario continuar trabajando para mantener y mejorar los cambios logrados, pero se siente muy a gusto con la calificación que se otorga.

El equipo la felicita y le connotan positivamente sus recursos y su capacidad para perpetuar el cambio, aun sabiendo que es posible tener recaídas de vez en cuando. Para finalizar, se le propone una sesión de seguimiento a un mes.

#### **10ª Sesión (de seguimiento): 06/11/2006**

María acude a su sesión reportando que los cambios iniciados hace un mes, se han consolidado y ampliado a otras áreas de su vida. Menciona con gusto un episodio ocurrido en el ámbito laboral, en el que logró poner límites con asertividad, de acuerdo a sus necesidades. También reporta haber logrado un balance agradable entre lo que desea Néstor y lo que ella puede ofrecerle, y viceversa. Ha logrado no “engancharse” en las tentativas de pelea de su esposo, escapando a los conflictos que antes la agobiaban. Vuelve a mencionar al “respeto a

las diferencias” como la herramienta mas útil dentro de este proceso, además de otorgarle un nuevo valor a sus puntos de vista, necesidades, deseos, intereses. Empieza a “escucharse” y puede poner límites de otra manera, congruente con su forma de ser, pero sin dejarse de lado ni menospreciar su posición.

Durante la sesión se realizan preguntas a futuro, con el fin de conocer cómo se percibe la paciente en el corto y mediano plazo. La respuesta es buena, María considera que los cambios irán creciendo, que su capacidad para estar a gusto consigo misma será cada vez mayor y que su vínculo con Néstor puede, consecuentemente, mejorar. Considera tener las herramientas necesarias para fortalecer y consolidar lo iniciado.

Nos despedimos en forma muy cordial y afectuosa; casi al final, el equipo envía un mensaje de felicitaciones, que conmueve mucho a la paciente. Siente que ha concluido una etapa importante, como tantas otras cosas que ha logrado cumplir en su vida. Se le propone una segunda sesión de seguimiento, a tres meses.

### **11ª Sesión (de seguimiento): 12/02/2007**

María acude puntual a su cita. Es una sesión de seguimiento a tres meses, posterior a los cambios presentados por la paciente en los últimos encuentros del 2006. Iniciamos la sesión saludándonos afectuosamente y poniéndonos al día sobre los eventos sucedidos a lo largo de los últimos meses. María nos relata que se siente mejor, que ha logrado afianzar sus cambios en distintas áreas de su vida, pero principalmente en su relación de pareja. Menciona con gusto que ha encontrado las herramientas para no “engancharse” en las provocaciones de Mario, quien continua ofreciéndole “mas de lo mismo” (agresiones verbales permanentes, acusaciones de infidelidad, escaso involucramiento en la pareja y como padre). Siguiendo esta línea, se cuestiona si la paciente puede percibir cómo sus propios cambios afectan al resto, especialmente a su esposo. María acepta que puede encontrar ahora un Mario un poco más tranquilo, sin tantos deseos de confrontarla, porque sabe que sus duras palabras ya han perdido el efecto tan devastador que tenían en el pasado.

Encontramos, entonces, una María tranquila, fuerte, convencida de que debe ver por sus necesidades, expresarlas y defender sus intereses, puntos de vista, deseos. Se la ve a gusto

con su nueva posición frente a su esposo, como si hubiera encontrado un balance adecuado que le permite continuar viviendo con su pareja, pero sin padecer sus agresiones.

Al preguntar por la forma en que ha logrado fortalecer sus cambios, la paciente refiere poseer una gran fuerza mental, que le permite autoconvencerse de algo, cuando así lo desea. La paciente se habla a sí misma, y se dice las cosas que necesita escuchar para no caer en el “abismo” nuevamente. No quiere volver el tiempo atrás, se siente orgullosa de la mujer que es hoy en día y desea continuar consolidando el proceso iniciado. Se muestra segura, convencida y con mucha claridad acerca de los pasos a seguir. Encuentra como elemento clave de este proceso, el hecho de poder respetar al otro (su esposo, principalmente); esto es, en lugar de intentar imponer su punto de vista o deseos, ahora opta por expresar lo que quiere, y si él no está de acuerdo, puede escucharlo con respeto, pero sin dejar de hacer lo que necesita para satisfacer sus necesidades. Narra como ejemplo las múltiples invitaciones que recibía su esposo en el pasado para ir a su casa de Cuautla. En aquel momento, él se negaba y además la acusaba de infidelidad con su cuñado; como resultado, lograba arruinar el día de María, quien cancelaba sus planes o se iba, pero con mucho malestar físico y emocional. Actualmente, la paciente logra dejar a su esposo en la casa y seguir con sus planes, sin culpa ni malestar. Puede ser consecuente con sus necesidades, desde la más pequeña hasta la más grande.

Otro elemento clave que la paciente identifica, relacionado con el respeto, consiste en no pedirle al otro que cumpla con sus expectativas, sino, simplemente, tomar lo que el otro puede dar.

Se indaga también sobre el área laboral. Se ve a sí misma con una mayor capacidad para expresar sus necesidades, poner límites, decir que “no”, etc. Es, evidentemente, un área en la que la paciente se siente validada, reconocida y cómoda. Menciona con gusto haber dejado de ser tan obsesiva y controladora sobre los demás y sus responsabilidades.

Se le pregunta por los planes a futuro, incluyendo a sus hijos. Se le plantea la idea de pensar en la persona que será en unos cuantos años, indagando cómo se ve, qué estará haciendo, con quién, etc. La paciente menciona emocionada que se imagina como una mujer adulta, de unos 70 años aproximadamente, con un cuerpo saludable, con nietos, y con una vida muy tranquila. El tema de su salud la emociona particularmente; sabe que es una sobreviviente, que ha logrado llegar hasta donde ninguna de sus hermanas o madre había llegado. En unos

días será su cumpleaños y se siente orgullosa de haber alcanzado este momento, en condiciones de salud insospechadas hace unos años. Sabe que es necesario cuidarse, llevar una alimentación sana, hacer ejercicio (fuente de energía y buen humor para la paciente) y controlarse médicamente.

El equipo la felicita, y le recuerda que pueden presentarse recaídas pero que ella ya sabe qué es lo que tiene que hacer para salir de ellas. Se le recuerda también que en esos momentos puede contar con sus recursos internos (como su fuerza mental) pero también con redes de apoyo externas, como los hijos, algunas amigas o el mismo cuñado. Se deja abierto el espacio para que la paciente se comunique si en algún momento lo cree conveniente. Nos despedimos en un ambiente emotivo. María agradece el trabajo realizado con mucho afecto y se muestra ambivalente por ser su última sesión: por un lado, aparece un sentimiento de gratificación por el proceso vivido, por otro lado, se muestra triste por darle fin al espacio terapéutico.

## **Desempeño de los terapeutas y del equipo**

### **Plan de tratamiento**

#### **Meta general:**

El proceso puede dividirse en dos instancias y, por ende, en dos grandes metas planteadas a lo largo del tratamiento. En un comienzo, María acude con la aparente certeza de querer mejorar la relación con su esposo, para pasar sus últimos años de vida sana en un ambiente más favorable. En ese primer momento, la meta planteada fue:

*“que la paciente logre descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida sana (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, mejorando la relación que mantienen ella y su esposo Néstor (vivir “en armonía” con su marido)”*

Con la información recabada a lo largo del proceso, la meta general fue replanteada con un leve pero significativo matiz:

*“que la paciente logre descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida sana (padece de riñón poliquístico) con menos sensaciones de malestar, optando por una buena separación o una buena unión con su marido”.*

**Algunos de los problemas encontrados en este caso:**

- 1) Incapacidad en María para expresar sentimientos e ideas en forma asertiva (especialmente, no sabe decir “no”) por miedo a perder el afecto de las personas. Aparentemente, este hecho la hacía caer en círculos viciosos que le causaban malestar, especialmente con Néstor, su esposo.
- 2) Aspecto cíclico de la relación entre María y su esposo: estados de “crisis”, que se alternaban con breves momentos de calma y armonía (etapa de “auge”, según la paciente).
- 3) Distintas maneras de expresar cariño encontradas en María y Néstor (Por ej, Néstor expresaba su cariño en forma de celos hacia el cuñado de María), sumado a cierta incompatibilidad de intereses y gustos, que los hacen distanciarse en lo cotidiano. Aparentemente no existía un espacio compartido, una vida de pareja.
- 4) Roles complementarios: Néstor como esposo y padre periférico se encuentra con una María independiente, sólida y decidida, que ocupa un lugar central en la organización de esta familia (tanto en términos económicos, como logísticos, y emocionales).

**Objetivos planteados:**

- 1) Que la paciente lograra romper con los círculos viciosos que funcionaban en su pareja, obstaculizando el vínculo entre los esposos (teniendo claro que sólo se podía trabajar sobre los aspectos que eran exclusivamente responsabilidad de ella).
- 2) Que la pareja lograra decidir el rumbo de su relación, ya sea hacia una buena integración o hacia una buena separación. Sólo a partir de esa decisión podíamos llevar el proceso hacia el objetivo deseado. Mientras tanto, las sesiones se consideraron como “de evaluación”. Si decidían estar juntos, hubiera sido necesario que encontraran nuevas

formas para relacionarse, de forma tal que les permitiera vivir sus últimos años juntos en armonía (armonía refiere a “comunicación, respeto, compañía mutua”, según la paciente). Si decidían separarse, iba a ser necesario establecer las pautas para una buena separación.

- 3) Que María lograra encontrar formas apropiadas para expresar sus afectos e ideas (incluso este elemento se maneja como un recurso para romper los círculos viciosos). Resultaba importante que María encontrara herramientas para controlar las reacciones emocionales extremadamente intensas hacia situaciones que ponían en tela de juicio su integridad como persona. Pensábamos que, probablemente, si la paciente lograba expresar sus sentimientos a tiempo y con la persona indicada, no se producirían dichas reacciones.

### **Tácticas**

- 1) Se fomentó, a través de una escucha interesada y respetuosa, la expresión de afecto por parte de María, que fungió como una especie de catarsis de sus experiencias de vida. (La paciente había mencionado en varias oportunidades que deseaba “sacar todo lo que tiene guardado y le hace daño”).
- 2) Se ensayaron (dentro y fuera de sesión) distintas maneras de expresar sus necesidades, afectos, ideas; especialmente el poder decir que “no” a sus seres significativos, sin temor a la pérdida de su amor, evaluando las consecuencias que tendrán sus negativas. De esa manera ella pudo evaluar en la práctica, la manera de “desengancharse” de aquellas situaciones que le incomodaban o le hacían daño.
- 3) Se trabajó con metas mínimas y concretas, a corto plazo, para que la paciente pudiera ver avances en su vida cotidiana.
- 4) Se utilizaron técnicas de reestructuración del sistema: modificación de roles, jerarquía y tipo de interacción entre los miembros de la pareja.
- 5) Se trabajó, especialmente, con la confusión de la paciente respecto a su futuro conyugal.



## Intervenciones

Es destacable señalar que, en muchos casos y por sugerencia de las supervisoras, recurrimos a técnicas y recursos útiles provenientes de otros modelos, no solo del enfoque estratégico o breve.

En términos generales, se realizaron las siguientes intervenciones:

- Nos propusimos seguir los pasos que define Haley (1983) para una primer entrevista: Etapa social (bienvenida a la paciente, intentando hacerla sentir cómoda y segura en nuestro espacio de trabajo), planteamiento del problema (obtención del sentir de la paciente respecto de su problema, así como de la mayor cantidad de información que nos permita tener mas clara la estructura de la familia), se realizaron preguntas circulares con el fin de obtener información sobre el sentir y pensar de los miembros ausentes; se definió en forma clara el problema, y esto nos permitió pasar a la etapa de fijación de metas, en la que María formuló los cambios deseados
- Rastreo: básicamente trabajamos basándonos en la formulación de preguntas, desde una posición de respeto e interés genuino, que actuaron como disparador y nos brindaron mucha información sobre María, su familia, su problema.
- Se utilizó la técnica estructural de enfoque, en la que los terapeutas escogieron parte de la problemática y comenzaron a trabajar sobre ella directamente, dejando un poco de lado otros aspectos de la vida del paciente.
- Connotación positiva de las experiencias contadas por la paciente, señalando enfáticamente sus lados fuertes.
- En ocasiones, dimos respuestas en espejo, repitiendo lo que María había dicho, con el objeto de que ella se sintiera comprendida.

- Redefinición: por ejemplo, se redefinió la conducta agresiva de Néstor como una forma equivocada (“torpe, tosca”) de aproximarse a ella, de mostrarle cariño. Contrario a lo pensado por la paciente, sus celos podrían ser una señal de interés y unión.
- Uso de Metáforas: 1) Referente a su sensación de desamparo y poca compañía y apoyo en su matrimonio, se la compara con una “enfermera” que procura por el bienestar de todo mundo, pero a quien nadie cuida cuando ella necesita atenciones. 2) En alusión a su necesidad de saber acerca de su pasado, de eso que tiene “atorado”, se le compara el pasado con una mochila pesada, de la que uno debe elegir responsablemente con qué quiere quedarse y con qué no, teniendo en cuenta su utilidad. Con este mensaje, intentamos plasmar los efectos de ese pasado en el aquí y ahora, para no quedarnos atorados solamente en las historias pretéritas.
- En la sesión conjunta, se realizó un ejercicio para fomentar la comunicación asertiva y la escucha activa en la pareja.
- Enseñanza de la complementariedad: en ocasiones, se destacó la perspectiva de Néstor, señalando las distintas maneras de ver, pensar y sentir sus experiencias de pareja que cada uno posee.
- Cuestionamiento de su realidad, a través de sus constructos cognitivos: se cuestionaron sus creencias basadas en el género, o en su pobre auto-concepto.
- Intensidad: se hizo uso de ésta técnica especialmente durante la última sesión, al hablar sobre las formas diferentes en que Néstor y María perciben su mundo. María parecía desviarse del tema o sugerir temas nuevos, a lo que los terapeutas imprimieron intensidad, con el objetivo de que ella pudiera ver las formas tan distintas de ver el mundo en su pareja.
- Equipo reflexivo. Valiéndonos de una método de trabajo utilizado en enfoques posmodernos, se utilizó, con un efecto positivo, el equipo reflexivo para que María obtuviera “otros puntos de vista” acerca de su problema.

- Tarea: se intentó sólo una vez hacer uso de una tarea, y no tuvo buena recepción por parte de María, por lo que la supervisora sugirió no insistir (teniendo en cuenta que, además, es una paciente que trabajaba mucho y en forma comprometida durante su sesión).
- En la sesión numero 8, la supervisora entró en la sala con nosotros y realizó una fantasía dirigida, cuyo propósito fue conectar las experiencias pasadas con las actuales, y que esas mismas experiencias pasadas le pudieran ayudar a enfocarse en lo que quería del futuro.
- Preguntas a futuro: focalizando en los recursos que la paciente posee para hacerle frente a las situaciones cotidianas que le desagraden.
- Uso de escalas. Esta técnica se utilizó en las últimas dos sesiones. Reportó un 1 cuando llegó y un 8 en las sesiones finales.
- Los peligros de una recaída. Se la alertó sobre posibles recaídas o momentos donde el problema pudiera reaparecer, enfatizando en los nuevos recursos descubiertos por ella para hacer frente a sus conflictos.
- Se contó permanentemente con el apoyo del equipo terapéutico detrás del espejo, quienes participaron sugiriendo temas a explorar durante la sesión e ideas para realizar el cierre de las sesiones.

### **Respuesta de la paciente al proceso terapéutico:**

La paciente se mostró amable, dispuesta y con alto grado de cooperación y compromiso durante todo el proceso. Fue clara en la exposición de su situación, y sus deseos de cambio. Se emocionó y comprometió con los relatos de sus experiencias de vida y buscó soluciones y alternativas para “ver la vida de otra manera”. Elaboró de manera profunda las preguntas que se le realizaban y nos dio mucho material para continuar trabajando con ella. Además, tiene muy buena capacidad de insight, (aunque no sea fundamental en éste modelo, creemos que es un recurso útil de la paciente).

En un inicio, se mostró sumamente interesada en lograr la participación de su marido, involucrándolo en el proceso terapéutico, al menos en algunas sesiones. Después de seis sesiones (una de ellas, compartida con a su esposo) la paciente dejó claro su interés en continuar sola en el espacio de terapia.

Al incluir a Néstor en el sistema terapéutico, nos vimos en la necesidad de establecer la alianza terapéutica con él. Al principio fue difícil; nos encontramos con poca capacidad de maniobra, ya que Néstor pretendía señalar cómo y en qué tiempo se debía llevar a cabo el proceso. Se hizo necesario entonces, establecer límites y clarificar ciertos puntos acerca del proceso. Durante la sesión empatizamos con él y para el final creemos que se sintió incluido y escuchado.

En el trabajo con el equipo reflexivo en la última sesión, María se mostró especialmente agradecida y sorprendida por la multiplicidad de miradas hacia su caso.

Asimismo, en forma breve, pero clara, pudo manifestar la utilidad que tuvo éste espacio para ella, en el camino a clarificar qué quería para su vida de pareja y para su vida personal. El trabajo realizado y la confianza adquirida en el vínculo con la paciente le permitieron considerar la idea de una separación.

Durante las sesiones de seguimiento, se percibió un empoderamiento importante en la paciente, percibiéndose a sí misma con mas herramientas para transitar su día a día en su relación de pareja. Se mostró emocionada y agradecida por los logros obtenidos.

### **Reflexión sobre los significados que el proceso terapéutico despertó en los terapeutas.**

Desde el principio, ambos nos sentimos conmovidos con María y su historia de su vida; nos impactó su fortaleza, sus recursos y la sabiduría con la que afrontaba la vida. También nos llamó la atención su motivo de consulta: nos resultó asombroso que una mujer de 54 años estuviera planteando en forma tan clara su deseo de encontrar nuevas formas de vivir sus últimos años, con o sin su esposo. Sentimos mucho dolor e impotencia por la vida de pareja que María había llevado durante tantos años, al mismo tiempo que admiración por su fortaleza para cuestionar su actitud durante ese tiempo, pretendiendo cambiar algo de su historia

Siempre creimos que era una paciente con muy buen pronóstico hacia el futuro y con la que logro establecer una buena alianza de trabajo, no solo los terapeutas, sino todo el equipo.

Durante el proceso, nos generó un poco de confusión el hecho de intentar trabajar con María desde los modelos bajo los cuales estábamos siendo supervisados. En apariencia, el caso de María se acercaba más a una necesidad de la paciente de crecimiento y desarrollo personal, que a la resolución de un síntoma, por ejemplo. Tenemos claro que el problema de pareja podría ser manejable en forma efectiva desde el enfoque estratégico o breve, pero no podemos dejar de lado la búsqueda de crecimiento personal que plantea la paciente. Nos cuestionamos mucho sobre los alcances de los modelos estratégico y de terapia breve a la hora de atender casos así, a pesar de poder ser considerando como un caso “exitoso” de psicoterapia breve.

La sesión conjunta fue sumamente enriquecedora. Al igual que sucedió en otros casos, fue útil incorporar mirada del otro, distinta y similar al mismo tiempo. Nos dejó mucho material para trabajar y pensamos que, si bien surgieron perspectivas diferentes, nuestras hipótesis acerca de la modalidad vincular de esta pareja fueron -en gran parte- corroboradas.

Por último, fue sumamente satisfactorio poder concluir este proceso con María. Su alegría hizo eco en nosotros y logramos despedirnos en forma muy afectuosa.

## 2.2. Reporte de caso “MARIANA” (seudónimo)

### Datos de la paciente y su familia

	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Ocupación</b>
1	Mariana	20	Hija	<b>Al inicio del tratamiento:</b> Cursos de gastronomía Preparatoria incompleta, estudiante (cursos de idiomas en el CUC, UNAM)
2	Antonia	54	Madre	Ama de casa. Empleada doméstica
3	José	57	Padre	Obrero (en EEUU)
4	Bonifacio	X	Hermano mayor (fallecido)	

5	Alfonso	32	Hermano	
6	Antonio	29	Hermano	
7	Jose Luís	24	Hermano	
8	Marcos	27	Pareja de la PI	

**Terapeuta:** Marina Giangiacomo Bolzán

**Supervisora:** Noemí Díaz Marroquín.

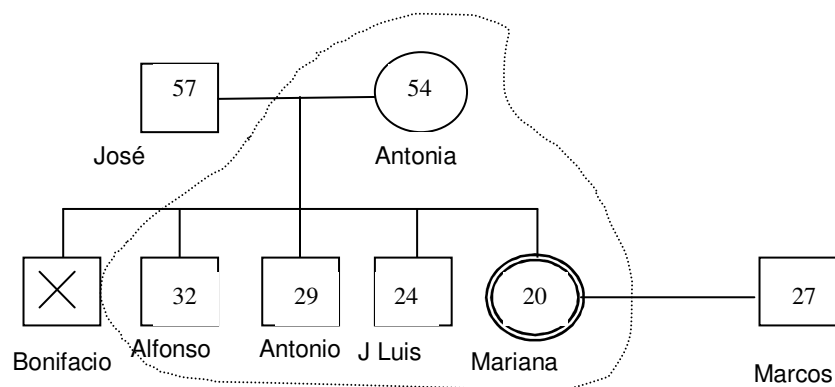
**Equipo terapéutico:** Edna Barrios, Fania Delgado

**Lugar de prestación del servicio:** Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro

**Cantidad de sesiones trabajadas:** 9 sesiones y 1 más de seguimiento.

La frecuencia propuesta inicialmente fue semanal, pero en pocas oportunidades las sesiones debieron separarse por más tiempo, por motivos de feriados o vacaciones en la UNAM. La paciente acudió a sus citas en forma constante y puntual en todas las ocasiones.

### Familiograma



### Motivo de consulta

La Sra. Antonia se acerca al Centro Comunitario en busca de ayuda psicológica para su hija Mariana, quien semanas atrás había sido secuestrada por dos hombres durante algunas horas

en un automóvil. Antonia menciona que su hija siente miedo y que ha tenido dificultad para conciliar el sueño, despertándose con pesadillas y terrores nocturnos. También la percibe nerviosa y asustada. La madre menciona que el miedo y la angustia son elementos que se han instalado en la familia entera después de este episodio.

## **Descripción del problema**

### **Planteamiento y desarrollo del problema**

Resulta evidente mencionar que el tema central en este caso corresponde al lamentable episodio vivido por la paciente, hecho traumático que impacta no solo en Mariana, víctima del mismo, sino en la familia completa, generando malestar, dolor, angustia y una fuerte sensación de miedo.

Sin embargo, desde el comienzo del trabajo, se perciben otras problemáticas familiares que surgen como demandas específicas de trabajo, especialmente por parte de Mariana.

La familia V. tiene 7 integrantes. Mariana ocupa el quinto lugar entre sus hermanos, todos hombres. Desde el comienzo, se hace explícito que es una familia en la predominan en forma fuerte las ideas de género, otorgando privilegios a los hijos varones por sobre Mariana. La madre, por ejemplo, reproduce un discurso en el que exige a su hija que “atienda” a sus hermanos: es Mariana la única que tiene tareas domésticas asignadas para asegurar el correcto funcionamiento de la casa. Con frecuencia, la joven menciona con tristeza que no puede salir de su casa sin haber terminado las tareas del aseo diario, que son supervisadas con un alto grado de control por parte de su madre.

Pensando en términos de subsistemas, nos encontramos con un subsistema conyugal fragmentado, dividido. Aunque los miembros de la pareja no declaran una separación formal o explícita, el Sr. José vive en EEUU desde hace tiempo, entablando poco contacto con su familia. La señora Antonia reporta que cuando la pareja vivía junta, la interacción era violenta por parte de su esposo, quien la descalificaba con agresiones verbales en forma frecuente y ejercía los privilegios de ser hombre, en base a las desigualdades de género comunes en nuestra sociedad.

Por otro lado, como padres, Antonia y José no desempeñan funciones parentales conjuntas. Cada quien juega su rol como lo cree conveniente (como sabe hacerlo), sin obtener retroalimentación del otro ni actuar como un frente común ante los hijos. La aparición del señor José como padre de Mariana y sus hermanos es poco frecuente, acaso una llamada al mes, en la que Mariana y él intercambian poca información y afecto. La paciente relata no tener mucho de qué hablar con su padre, a pesar de haber sido su consentida durante la infancia, como si el vínculo se hubiera ido fragmentando con el paso del tiempo y con la distancia real producto de la emigración de José a los Estados Unidos.

En esta misma línea, un elemento a destacar es que el grupo de hermanos funge como fuente de apoyo importante para la paciente. Son hermanos muy unidos entre ellos, que se brindan ayuda mutua y un acompañamiento solidario. Mariana sabe que cuenta con la complicidad de sus hermanos (especialmente de uno de ellos) para lograr las metas que desea. A la vez, se percibe que Mariana también colabora con ellos, por ejemplo, en la crianza y cuidado de sus sobrinas, y fungiendo como confidente y consejera para ciertos temas. Muchas veces los hermanos manejan entre sí secretos, que cuidan con complicidad y afecto. Si bien las cuestiones de género se hacen presentes en sus relaciones, también es cierto que Mariana destaca la calidez de la relación con sus hermanos mayores.

Por último, si bien no forma parte de un subsistema familiar propiamente dicho, el novio de Mariana, Marcos, representa para ella una gran fuente de apoyo y cariño. Lo considera un pilar importante en su vida y lo incluye durante el proceso terapéutico para resolver asuntos de pareja.

En cuanto a los límites al interior de la familia, es un grupo que funciona con un nivel relativamente alto de amalgamiento; cualquier evento de uno de sus miembros impacta fuertemente en los demás, movilizandolos recursos de apoyo importantes. Los límites, por ello, podrían pensarse como difusos; en muchas ocasiones, existe cierto traspaso de las fronteras de la privacidad e intimidad de los miembros de la familia. A veces los hijos juegan el papel de esposos o padres de Mariana o de su propia madre, a veces es la joven quien juega un rol parental, etc. Además, en apariencia, los hijos continúan viviendo bajo el ala materna, con poca autonomía para tomar ciertas decisiones, a pesar de ser adultos.



Como corolario, los límites hacia el exterior suele manifestarse en forma rígida, especialmente por parte de la señora Antonia, quien propicia el amalgamiento excesivo y un sentido de pertenencia tan alto que el "afuera", en ocasiones, se percibe como atentando contra cierto ordenamiento familiar.

En cuanto al ciclo vital familiar, esta familia no podría ser incluida en una categoría única, de las planteadas por los autores que describen este concepto y sus fases. Por la edad de los hijos, se esperaría que ya estuvieran emancipados, viviendo fuera de la casa de sus padres, con un proyecto de vida diferente al familiar. Sin embargo, éstos continúan viviendo con su madre (Y uno de ellos con su padre, en EEUU) y funcionando –en ocasiones- como si fueran hijos adolescentes. Incluso Mariana, por su condición de hija menor y mujer, es quien es tratada como si fuera mucho más chica de lo que es en realidad. Además de los valores y creencias familiares en torno las responsabilidades hacia la familia, podría pensarse que ver a la madre sola, sin el apoyo del esposo, constituye un obstáculo para la independencia de los hijos. También es cierto que en familias tradicionales mexicanas, la salida del hogar familiar se prolonga hasta edades mucho más avanzadas que en otros contextos.

El poder en esta familia está regido por los hermanos varones (especialmente por el mayor, Alfonso) y –en cierta medida- por el padre ausente. La madre también ejerce poder desde un discurso culpabilizante y reproduciendo las ideas de género, como si fueran mandato divino.

Existen algunas fuentes de estrés que impactan en esta familia. Desde luego, durante el proceso terapéutico, un elemento central lo constituyó el episodio de violencia cruda recibido por Mariana. Pero también podemos mencionar otras cuestiones. Por ejemplo, el contexto socioeconómico es desfavorable. Es una familia de bajos recursos; la madre trabaja desde hace muchos años como empleada doméstica y el padre es obrero en Estados Unidos. Susana destaca en el grupo por estar interesada en estudiar una carrera y se la percibe con un nivel sociocultural un tanto superior al de sus padres. Es una muchacha que goza del estudio, interesada en aprender idiomas, en trabajar y ganar su propio dinero, en formarse y obtener un empleo que le satisfaga personal, profesional y económicamente. Incluso se percibe que estas características pueden ser tomada con cierta molestia por parte de los hombres de la casa (el padre, especialmente) quienes ven en esta actitud un claro desafío a las ideas basadas en el género acerca de lo que una mujer puede o no hacer. Se descalifican sus deseos por estudiar,

por ejemplo, menospreciando sus capacidades y boicoteando sus intentos por formarse para obtener mejores empleos, realizarse personalmente y disfrutar de una vida independiente.

También constituye una fuente de estrés el saberse alejados de dos miembros de la familia (el padre y un hermano), que se encuentran laborando en Estados Unidos en condiciones no tan propicias. Durante el proceso terapéutico, incluso, se presentó un episodio estresante para el grupo familiar; el papá sufrió un accidente laboral y esto –a kilómetros de distancia- fue vivido con mucha preocupación por parte de los miembros de esta familia.

Por último, es una familia que ha perdido recientemente a uno de sus hijos en un trágico accidente automovilístico, hecho que ha impactado en cada uno de los integrantes, pero especialmente en la dinámica familiar, en sus formas de funcionamiento, en sus comportamientos.

Es así como diversos problemas relacionados con las creencias y estereotipos de género en esta familia, se exacerban y encuentran su punto máximo de expresión a partir del secuestro y violación vividos por la paciente.

## **Descripción de las sesiones**

### **1er sesión: 07/02/07**

A la primera sesión asisten puntualmente Mariana y su madre, la Sra. Antonia. Como objetivo principal para este encuentro, el equipo y yo nos planteamos establecer una alianza terapéutica adecuada que garantizara la asistencia de la paciente a un segundo encuentro, así como también la indagación del problema presentado para poder establecer un objetivo de trabajo en conjunto. Resultaba importante asimismo explorar la disposición y expectativas de Mariana en relación a la terapia, puesto que la cita había sido concertada a través de su madre.

Antonia y Mariana acuden puntualmente a su sesión. Se da comienzo al encuentro estableciendo el encuadre; se especifica la forma de trabajo en el enfoque sistémico (equipo detrás del espejo, interfón, sesiones videograbadas) y la frecuencia y costo de las sesiones. Al solicitar el consentimiento para la grabación de la sesión, la Sra. Antonia se muestra un tanto temerosa y pregunta inquieta sobre el uso que se le dará al material. Se le aclara que

solamente revisan la cinta la terapeuta y miembros del equipo, con el fin de mejorar el servicio brindado.

Con la intención de realizar una fase social, de bienvenida, se da la oportunidad a ambas para que se presenten. De inmediato, la Sra. Antonia toma la palabra y se presenta diciendo su nombre y mencionando el sentimiento que reina en ella desde el episodio traumático vivido por su hija hace unas semanas: un fuerte miedo invade sus ideas, su cuerpo, sus emociones e, incluso, la vida familiar. Antonia se sumerge directamente en el problema y comienza a narrar situaciones y expresar sentimientos, sin siquiera haber aun hablado de lo que realmente ocurrió aquel día. En su narración desordenada y con mucha angustia y dolor, escuchamos que su hija fue secuestrada por unos hombres, que la metieron en un coche, que la golpearon y rompieron su ropa. Mariana se mantiene seria, en silencio, cruzada de brazos, mientras su madre continua contándonos que la muchacha ahora vive con miedo, que no puede dormir, que no ha podido ir a la escuela. También aclara que desconoce si la muchacha ha sido violada o no, como si Mariana no se lo hubiera querido confesar.

Después de hacerle saber a la madre que se la entiende profundamente en su sentir, se le otorga la palabra a la joven para que comience a narrar la historia tal como la vivió. Nos cuenta que dos semanas atrás (mediados de enero), saliendo hacia sus clases en el CUC (UNAM), fue tomada por sorpresa por un hombre que portaba un arma en sus manos. El hombre la introdujo en un coche, junto a otro hombre, le vendaron los ojos y comenzaron a golpearla, mientras el coche avanzaba por la ciudad. También le rompieron su blusa y su pantalón. En ese momento, Mariana refiere haberse desmayado y no poder recordar nada de lo sucedido, hasta que logra despertar y escucha a lo lejos la voz de uno de los hombres reclamando al otro por no haber hecho lo que habían pactado (escucha la frase “eso no fue lo que te había dicho”). Mariana pone especial cuidado al relatar estas palabras. Luego, es arrojada en el segundo piso del Periférico, sin sus pertenencias, pero al rato los hombres vuelven a pasar en un coche distinto y le arrojan su bolsa con el celular (que era el único objeto de valor que llevaba). Opta por comunicarse primero con su novio, para que su mamá no se altere al recibir la noticia, y junto a él y sus hermanos, acuden al Ministerio Público a levantar un acta. Mariana narra que durante los primeros días no podía conciliar el sueño con facilidad y que su mundo “se le vino abajo”. Acudió a algunas sesiones con un psicólogo de la UNAM, en las que pudo platicar un poco sobre lo sucedido.

La mamá interrumpe su relato para focalizar sobre el tema de la posible violación, hace énfasis en el pantalón cortado y el cinturón roto. Se le pregunta a la joven sobre la asistencia médica recibida al momento de levantar el acta. La revisión fue superficial, solo le miraron los rasguños en su pecho y la despidieron con un tajante “no tienes nada”. Posterior al evento, la muchacha pasa 3 días a vivir con una tía en Toluca, por sugerencia familiar e impulsada por el terror que todos sentían en ese momento. Al regresar, acude a una ginecóloga, quien le manifiesta que probablemente fue abusada sexualmente por aquellos hombres. La joven también recuerda haber vuelto en sí (posterior a su desmayo) con la panza y la zona vaginal humedecida con lubricante. Al consultarle sobre un posible embarazo, la paciente cuenta que a los dos días del incidente, le bajó su menstruación y, en días recientes, se realizó una prueba de embarazo casera por sugerencia de su ginecóloga, que dio negativa. La Sra. Antonia, de todas maneras, se expresa con mucha tristeza acerca de la posibilidad de que su hija estuviera embarazada, mencionando que nunca podría aceptar un hijo producto de una violación.

Se pregunta sobre el apoyo familiar recibido y Mariana narra gustosa que contó con el acompañamiento de toda su familia quienes, rara vez, logran sentarse juntos para compartir las vivencias cotidianas de cada quien (“cada quien anda en sus cosas”). En apariencia –y a pesar de no pasar mucho tiempo juntos- ante este suceso, la familia logró unir esfuerzos, cariño y apoyo para acompañar a Mariana.

Posteriormente, se le pregunta sobre los eventos que siguieron al secuestro, sobre el impacto que éste tuvo en la vida cotidiana de la joven y sobre la organización para tomar decisiones, como por ejemplo, la decisión de irse 3 días a Toluca. La paciente cuenta que vivió los primeros días con mucho terror, sin querer salir a ningún lado. Uno de sus hermanos comenzó a impulsarla para que retomara su vida, argumentando que ella debía consolidarse como alguien independiente y no esperar que alguien viniera a mantenerla, a darle todo. En ese momento, cuenta con mucho dolor que actualmente su mamá no la deja ni siquiera salir a la tienda de la esquina. Aquí interviene Antonia, alegando que para ella es más importante conservar a su hija viva, a su lado, que exponerla a situaciones de peligro en su vida cotidiana (salidas con el novio, estudios, etc.). Ante la angustia y dolor de la mamá, la joven mueve las piernas nerviosa y lucha por su independencia, como si tuviera que mostrarse extremadamente fuerte ante una mamá que parece desmoronarse cada vez más. Mariana no quiere depender de nadie en la vida (“como mi mamá dependió de mi papá siempre”) y se rebela contra los deseos de su madre. No quiere quedarse paralizada en el terror; quiere continuar con su vida, retomar

sus estudios y dejar de vivir con miedo. Se le pregunta a la mamá sobre la percepción que tiene de su hija, tan fortalecida y clara en sus objetivos, a pesar de la situación dolorosa que ha vivido. La Sra. Antonia se muestra ambivalente; siempre ha apoyado los estudios de sus hijos e hija, sabe que es necesario que se superen y se formen, pero el miedo ha calado en lo más profundo de su ser: no quiere perder a su hija. Narra superficialmente la pérdida de uno de sus hijos, hace unos años, y el evento de un robo del auto de otro de los muchachos, en días recientes. El miedo ha alcanzado todos los rincones de su vida y no la deja moverse. Ni permitir que su hija se mueva (al día de hoy, la única que se opone a que Mariana salga de la casa es la mamá; los hermanos simplemente piden que sea mas precavida y le proponen que se mantenga comunicada con mas frecuencia, a través del teléfono).

Se propone encontrar un camino intermedio entre los deseos de ambas, que las deje tranquilas y conformes en los aspectos que cada quien considere esenciales. Salen a la luz algunos elementos que dejarían más segura a Antonia: el uso del celular, el acompañamiento del novio, la contratación de un taxi para ir a la escuela. Mariana niega con la cabeza y simplemente propone tener más precaución en su día a día. No quiere encerrarse y dejar de ver el mundo, no quiere que la acompañen a todas partes; quiere continuar con su plan de vida. Narra el impacto que tuvieron en ella las palabras de un doctor en un programa de radio: al atender la llamada de una muchacha que había vivido una situación similar a la de ella, el doctor le propuso que no se dejara paralizar por la experiencia vivida, y que siguiera adelante. La paciente se sintió reflejada en lo que escuchaba y se apropió de las palabras del doctor. Cuenta también que es un programa significativo en la vida de la familia, puesto que los ha ayudado a superar otros eventos, a través de consejos especializados.

Se realiza un corte en la sesión para ir a recoger las opiniones del equipo. Durante este tiempo, Antonia llora un poco y Mariana amablemente la consuela y busca un pañuelo en su bolsa. Ambas permanecen calladas, cabizbajas, tomándose la cara de a ratos, nerviosas.

Al regresar a la sesión, se devuelven los mensajes del equipo. Se les da la bienvenida y se les comparte un mensaje empático sobre la situación vivida, desde el lugar de la mamá y desde el lugar de la joven víctima de este suceso desagradable. Se le connota positivamente a Mariana su deseo por superar este hecho, por su valentía y claridad hacia su proyecto de vida.

Se deja como tarea el reflexionar sobre el punto intermedio al que podrían llegar en las necesidades de ambas, pensando en lo que cada una tiene que ceder para lograr un acuerdo. Se les pide que acudan a la próxima sesión con propuestas y alternativas para esta situación.

Se cita a la joven para la próxima semana, y a la familia entera (mamá y hermanos) para dentro de 15 días.

## **2da sesión: 14/02/2007**

La paciente llega acompañada por su novio Marcos, quien se queda en la recepción. Se le pregunta brevemente por esta relación. Nos cuenta que son novios hace cuatro años (uno de noviazgo “formal” y tres de noviazgo “informal”, esto es, sin que la familia supiera de la relación). Comenta también que la diferencia de edad (él tiene 27 años) representó un tema importante para su familia, especialmente para Antonia, su mamá. Marcos se encuentra cursando su último semestre escolar para convertirse en abogado.

Al preguntarle por los acontecimientos de la semana, Mariana refiere sentirse igual de atrapada, prisionera en su propia casa, con una madre que le niega contundentemente el permiso para salir a cualquier parte, incluso a lugares cercanos. Narra con dolor que perdió algunas entrevistas de trabajo que había conseguido a través de internet, puesto que nadie pudo acompañarla en los horarios de las citas. Se indaga sobre su carrera y nos cuenta que estudió una carrera técnica en gastronomía y pretende seguir estudiando, probablemente “turismo” o “administración de empresas”, a modo de complementar sus estudios iniciales. Por tal motivo, se encontraba tomando cursos de idiomas en el CUC; cursos a los que –desde el secuestro- ya no ha podido asistir. Siente que todos sus planes de vida “se fueron abajo”.

Se indaga por las características de las discusiones cuando se presentan episodios en los que ella quiere salir y su madre se niega. Antonia se muestra firme, argumenta experimentar un miedo terrible y siente que el secuestro acaba de suceder, por lo que aun no ha podido quitarse la sensación de terror. Mariana entiende la postura de su madre, pero sabe que tiene que salir adelante, no quiere depender de nadie en su vida. En apariencia los hermanos le han estado sugiriendo que salga de a poco, a lugares cercanos primero, pero la joven menciona que esto también resulta imposible porque su madre no le otorga ningún permiso. Se le devuelve que el secuestro y violación, además de ser traumáticos en sí mismos, han reforzado algo que

ya sucedía en casa, como si fuera “la gota que rebalsó el vaso”. Mariana siente coraje y miedo por lo que sucedió, pero quiere salir adelante. Narra con dolor otro de los efectos negativos que tuvo la experiencia del mes de enero. Tenía que presentar su último exámen para acreditar el bachillerato en el Conalep y, a raíz de lo sucedido, no pudo hacerlo. Las personas del Conalep no se mostraron comprensivos por su situación (“no es nuestra culpa lo que te pasó, búscate otra institución”) y Mariana perdió su última oportunidad de terminar el bachillerato. Logró defenderse un poco, logró decirles que lo ocurrido no era culpa de ella, que lo que estaban haciendo no era justo, pero no hubo manera de convencerlos. Había abandonado la materia “química” en años anteriores, por el impacto que tuvo en ella la muerte de su hermano mayor, Bonifacio, y sólo tenía una oportunidad más para dar esta materia. Lloro con mucho dolor cuando narra la pérdida de sus estudios. Solamente Verónica, su cuñada, sabe lo que está pasando; nadie en su casa sabe esta información; Mariana tiene miedo de contárselos puesto que nadie nunca la apoyó para sus estudios. Su madre y hermanos siempre la impulsaron para que se metiera a la preparatoria o al CCH; nunca aprobaron su decisión de hacer el bachillerato en el Conalep. El único que logró apoyarla fue Bonifacio. Habla de su carrera con cariño, se nota que le agrada lo que estudió y que pretende seguir aprendiendo cosas nuevas, le gusta conocer acerca de otras culturas, a través de sus costumbres culinarias. Ella pretende seguir los pasos de unos amigos que viven y trabajan exitosamente en Cancún, porque en el DF “nada se logra sin un título de licenciatura”. En algún momento, propuso su idea de ir a Cancún, como sus amigos; idea que, obviamente, no obtuvo la respuesta que ella deseada de parte de sus padres.

En definitiva, Mariana se siente atrapada por su madre y hermanos, quienes permanentemente descalifican sus deseos de estudiar esa carrera con mensajes fuertes (“no has aprendido nada ahí”, “¿para qué estudias?”).

En ese momento, realizo un corte abrupto para proponer la línea de trabajo que tenía pensada como objetivo de la sesión (trabajar con el episodio del secuestro y violación). No logro introducirla por completo; Mariana me interrumpe y continúa hablando de su situación en casa. Recuerda con cariño, emocionada, el apoyo incondicional de Bonifacio y sufre cuando relata que su madre la acusa de sentirse feliz por la muerte del hermano mayor y cuando recuerda el poco apoyo del padre en su formación y en el secuestro vivido hace unas semanas (“Seguramente tu provocaste esto”). Recuerda también la sorpresa de su padre al ver sus primeros sueldos, muy superiores a los que él recibía como albañil. En ese momento, la acusó

cruelmente de “prostituta”. Se repite a sí misma con firmeza que no va a depender de nadie en la vida y que lamenta lo sucedido hace unas semanas, porque actuó como el detonante para justificar aun más el maltrato que recibe en la familia. Siente que no debería haberlo contado a sus familiares. Habla de los roles rígidos que se manejan en el hogar: ella es quien atiende a sus hermanos, debe “servirles” o, en su defecto, su madre se enoja mucho y la acusa de no quererlos lo suficiente. Mariana intenta defenderse y señalar la injusticia en la que queda atrapada, pero sus palabras no logran el efecto deseado. Simplemente, generan más regaños y más culpabilizaciones. Se siente paralizada, angustiada, sin poder decir o hacer nada para escapar de tal situación. Sabe que vive allí, que convive con su madre y hermanos a diario, por lo que le gustaría encontrar una salida para su malestar. Hasta ahora, lo único que ha hecho es salir a caminar, a correr o se encierra en su cuarto a llorar o a escuchar música, para evadir los mensajes que recibe en casa. Siente que no tiene nada en su vida actualmente, ni estudios, ni trabajo. Sus planes, como mencionó al comienzo, se han venido abajo.

Se realiza un nuevo corte, tan abrupto y descontextualizado como el primero, para plantear nuevamente la línea de trabajo pensada como objetivo de la sesión. Se le ofrecen a Mariana dos grandes temas: el secuestro y violación y, por otra parte, la situación de enorme malestar que vive día a día con sus familiares. La paciente no expresa su preferencia por ninguno de ellos, por lo que opto por trabajar con la experiencia del secuestro, connotándolo como un suceso traumático en sí, pero que además ayudó a reforzar su situación de indefensión y vulnerabilidad en casa. Inicia, entonces, el trabajo con hipnosis. Se realiza una primera fase de relajación para luego recrear en su imaginación, con ojos cerrados, la escena de aquel lunes cuando se levantó para ir a sus cursos en la UNAM. Vamos pasando por las diferentes etapas de aquel día hasta que llega a la parada del camión y siente una pistola en su espalda y la voz de un hombre que le indica que se suba al coche que se detiene frente a ellos. En ese momento, la paciente abre los ojos y continúa narrando su historia. La introducen en la parte trasera del coche, le tapan los ojos y la boca, le amarran manos y pies y el coche comienza a andar por la ciudad. De repente, el coche se detiene y uno de los hombres se pasa al asiento trasero, mientras el otro continúa manejando. Mariana llora mientras recibe golpes en su cuerpo y siente que el hombre va rompiendo su blusa, su pantalón, su cinturón, mientras le dice “ahora vas a sentir lo que es un hombre”. En ese momento, la joven pierde el conocimiento. No puede acordarse de nada más. Cuando despierta, se encuentra sola en el coche, tiene su cuerpo rasguñado y siente un líquido en la zona del vientre y los genitales; los dos hombres platican fuera de él, uno de ellos parece estar regañando al otro (Mariana cree



haber escuchado algo así como “ella no era” o “eso no era lo que había que hacer”). Escucha cómo los hombres suben al coche nuevamente, azotando la puerta con fuerza. Conducen hasta un terreno baldío, donde la dejan abandonada, con los pies libres. Mariana se desata las manos y se quita la venda que cubría sus ojos y boca. No sabe qué hacer, camina sin tener un rumbo claro. Ve una escuela cerca de allí. Encuentra 3 pesos en su bolsa y los usa para marcarle a Marcos, su novio, al trabajo. Su cuerpo entero tiembla, le habla llorando, nerviosa, asustada, y le cuenta que la acaban de asaltar. No logra decirle dónde está. Su novio le sugiere que toque en la puerta de la escuela, pidiendo ayuda. Nadie le abre, entonces comienza a caminar y llega al segundo piso del periférico. Un coche rojo pasa y le avienta su bolsa con el celular, no logra identificar a nadie, el coche trae los vidrios polarizados y no tiene placas. Ya con el celular en sus manos y habiendo llegado al metro Barranca del Muerto, vuelve a marcar a su novio quien rápidamente va por ella. Recuerda los tres días que siguieron al evento como terribles, no podía hablar, lloraba todo el día, tenía *flashbacks* recurrentes sobre lo sucedido. Su madre le sugiere hablar con un religioso y es esa la primera vez que Mariana logra desahogarse y contar su historia. Los hermanos la acompañan a la delegación a hacer la denuncia. A los pocos días, recibe un mensaje en su celular, amenazándola y diciéndole que la tenían vigilada. Decide irse a Toluca a pasar unos días.

El relato de Mariana es una historia lógicamente narrada, como si la hubiera contado ya múltiples veces. No incluye muchos sentimientos, razón por la cual pregunto por ellos y por el lugar que ocuparon y ocupan durante todo este tiempo. Me cuenta que al principio se sentía sumamente nerviosa, tensa y pérdida (como “zombie”), con mucho miedo por lo sucedido y por el futuro.

Se cierra el encuentro preguntando por el sentimiento de la paciente después del trabajo realizado en sesión. La joven menciona sentirse bien. Nos despedimos y se propone un próximo encuentro con la presencia de su madre.

### **3er sesión: 21/02/2007**

Aunque estaban citadas madre e hija a esta sesión, Antonia no acude al encuentro. Debe quedarse en su casa, supervisando el trabajo de un albañil en uno de sus baños. La joven llega acompañada de su novio Marcos que, por encontrarse sin trabajo actualmente, puede acompañarla a sus pocas salidas. Mariana relata el interés de su novio por entrar a la sesión,

se le propone trabajar primero con ella y luego, si resulta pertinente, conversar algunos minutos con Marcos.

La joven llega de buen humor, relatando el proyecto de poner un café por el área de Copilco, aprovechando la formación y experiencia que tiene en el rubro. Sus hermanos y padre la apoyan, cada quien de distinta manera. El padre y uno de los hermanos colaborarán con dinero, otro hermano gestionará los permisos en la delegación y el último la conectará con un amigo que vende muebles a precio accesible. Se indaga sobre la forma de apoyarse mutuamente en esta familia. Mariana la describe como una familia en la que el apoyo y acompañamiento son frecuentes entre sus miembros. Se pregunta sobre las diferencias entre ella y sus hermanos; Mariana responde que la postura de los hombres de la familia es, en ocasiones, ambivalente. Algunas veces aprovechan la ventaja que el género les otorga, pero otras veces se muestran mas equitativos en relación a su hermana. Mariana recuerda al hermano mayor (fallecido) como un gran ejemplo para todos, puesto que él no aceptaba las diferencias en base al género propuestas por los padres. Este hermano contribuyó enormemente a que en la familia se comenzaran a cuestionar el machismo y las desigualdades.

Se indaga sobre el padre de Mariana y el vínculo que mantuvieron y que actualmente mantienen. El señor Jose es albañil, y dedicaba gran parte de su día a trabajar. La paciente menciona no tener muchos recuerdos de tiempo pasado con su padre, pero menciona haber sido la “consentida” de su papá, fue la única que no recibió golpes, le compraba todo lo que ella quería, etc.

Se indaga, entonces, sobre la separación de la pareja conyugal y Mariana narra historias pasadas, de culpas, de violencia, de alcoholismo. La explicación que da a la separación de sus padres se relaciona con la muerte de su hermano. El hermano mayor muere en un trágico accidente automovilístico, en la sierra camino a Hidalgo. Viajaba acompañado por su esposa embarazada, y un primo de la Sra. Antonia, ex policía, que estaba manejando en forma imprudente y no aceptó ceder el volante. El padre de Mariana utiliza esta información para culpar a Antonia de la muerte de su hijo mayor (“es tu culpa porque tu primo manejaba”). El único que muere es él.

A partir de este suceso, el señor José incrementa su ingesta de alcohol, las peleas entre la pareja se acrecentan, hasta que –un año mas tarde- el padre decide “huir” a EEUU. Vive allí

desde entonces. Antonia no habla de un “divorcio”, sino de una separación porque su esposo está de viaje. Actualmente se encuentra enfermo, a causa del alcoholismo, y los hijos varones lo han alentado a regresar a México. Mariana se mantiene distante, menciona tener poca relación con él, por “no tener cosas en común”.

Mariana vuelve al tema del alcoholismo de su padre, y menciona que es un problema recurrente en su familia extensa (por parte del papá). Relata una anécdota en la que Marcos, su novio, se negó a aceptar las copas de vino ofrecidas por los tios de Mariana, siendo objeto de burla por parte de ellos. La joven se refiere a Marco con orgullo, le gusta que sea un muchacho que no se deja influenciar por las opiniones ajenas que no comparte, como si valorara mucho la independencia de su pareja en términos de hacer y decir lo que realmente siente y piensa, sin deseos de agradar o complacer a los demás. Marcos es también una figura masculina que rompe con los estereotipo en base al género: para sorpresa de sus hermanos, Marco ayuda a Mariana a hacer el quehacer de la casa, cocina, lava los platos. Asimismo, Marcos la incita a no aceptar el modelo de sumisión que su familia le ofrece, pero le sugiere actuar sensatamente, ir con calma, paso a paso, haciendo cambios pequeños pero con un objetivo claro a futuro.

Mariana recuerda a su hermano mayor con mucho cariño, rescatando las cosas buenas de su relación y recordando con afecto los momentos vividos juntos. Anhela su apoyo incondicional, su genuino interés hacia los otros, su escucha interesada y atenta. Este hermano fungía como papá, era en definitiva, una figura sumamente importante en el grupo familiar.

El equipo interviene sugiriendo que se explore sobre los sentimientos acerca de la muerte del hermano. Se indaga en forma superficial, Mariana menciona extrañar especialmente su apoyo, su escucha atenta hacia sus planes y proyecto de vida, su sensibilidad para entender a los otros. Se conmueve un poco, pero rápidamente toma aire y vuelve a empezar a relatar su proyecto del café, como si tuviera que aferrarse a algo vital, de esperanza, cuando la inunda la tristeza.

Se intenta retomar el tema del hermano, y Mariana se “escapa” nuevamente, dirige su atención hacia Marcos, quien es ahora su apoyo principal junto a su cuñada Verónica (quien también está interesada en concertar una cita para trabajar asuntos personales). Menciona haberse sentida muy acompañada por su pareja, luego del “intento de secuestro”. También se muestra preocupada porque siente que Marcos deja cosas propias por estar acompañándola a

toda partes, incluso menciona que los hermanos se han burlado de él por esta actitud. Relata también que el joven se mostró sumamente comprensivo al saber que probablemente ella había sido violada durante el secuestro. Y enfatiza que el muchacho está interesado en acompañarla en alguna sesión, para conversar aspectos que han surgido a partir de este incidente, y que los han afectado directamente como pareja.

Como resumen, Mariana identifica a su red de apoyo principal: su novio, su cuñada y su hermano menor. Y sabe claramente qué cosas le ofrecen estas personas: confianza, protección y respeto, tres elementos fundamentales que la hacen sentir apoyada, reconfortada.

Se realiza un breve corte para escuchar al equipo, que sugiere cerrar con algo agradable, puesto que ella llegó hablando de cuestiones agradables, propositivas. De esta manera, al regresar, se la felicita por el proyecto de la cafetería y se señala la red de apoyo valiosa que posee a su alrededor. Se cita para el próximo encuentro a la joven y su madre, quedando pendiente la invitación a Marcos para un futuro encuentro.

#### **4ta sesión: 28/02/2007**

Mariana acude acompañada de su madre. Durante los primeros minutos, la joven ocupa el tiempo completando la planilla de datos, como si quisiera dejar hablar a su madre durante un rato (le había solicitado que la completara al terminar la sesión, pero ella decide hacerlo durante el encuentro).

La madre reconoce que Mariana ya se siente “mejor”, pero el miedo de Antonia no le permite darle permisos para retomar su vida, para salir sola de la casa, etc. Antonia pretende acompañarla a todas partes. Rápidamente, se indaga sobre los cambios ocurridos entre el primer encuentro y éste, en relación a los permisos otorgados a Mariana. Antonia vuelve a retomar incansablemente su miedo, señalando la diferencia con el de la muchacha (“ella ya no tiene miedo”). El miedo aparece aun cuando Mariana va acompañada de alguien, Marcos o su cuñada Verónica principalmente. La madre se muestra molesta porque su hija no quiere que la acompañe a todas partes.

Se indaga cómo era la vida de Mariana antes. Antonia comenta que su hija salía bastante, a trabajar los fines de semana en las noches, con el novio especialmente pero

también con compañeros y compañeras de trabajo. Era independiente, autónoma, con un proyecto de vida claro. Además, era alguien “confiable” para Antonia.

Desde luego, ambas coinciden en que han habido grandes cambios antes y después del secuestro. Para Antonia, incluso, ha impactado en su vida personal, convirtiéndose en un miedo propio, personal. A ella misma le da miedo salir a la calle, por ejemplo, le tiene miedo a los carros, a la gente. Para calmarse intenta conectarse con aspectos religiosos, dice oraciones cada vez que Mariana sale. Mariana entiende a su madre, pero insiste en que ella quiere salir.

Se propone ponerse en el lugar del otro, pero no se logra. Antonia interrumpe, retoma el miedo de “todos” los hijos, posterior al evento. Cuenta que los hermanos enviaron a Mariana a Toluca con la tía, para protegerla. Cuenta sobre las medidas de seguridad adoptadas (cerrar la puerta, tener más precaución en la calle). Toda ella refleja miedo, malestar, parálisis.

Se señala que el miedo (un miedo externalizado) les está causando problemas. La misma Mariana lo define así: “miedo que causa problemas”. Ese miedo genera impacto diferente en las dos. A la señora Antonia el miedo la desespera, la entristece, la paraliza. A Mariana, en cambio, le da coraje, porque no la dejan salir. Quiere retomar su vida, salir sola, no depender de nadie. También la entristece ver a su madre tan nerviosa o se enoje porque ella pide salir.

La señora Antonia pide que por favor no se enoje y se explica: “siento miedo a que vuelva a pasar, no te sabes cuidar sola, eres mujer y no te puedes defender. Oro y lloro cuando te vas”. Asimismo, recuerda su tristeza por el hijo mayor muerto.

A petición mía, Mariana repite lo que escuchó (“Me quieres, me quieres proteger”) pero le agrega frases contundentes y claras: “No estoy desprotegida, ustedes están conmigo siempre. Me apoyan, se preocupan por mí, no me siento sola. Tengo que aprender a salir sola, no pueden acompañarme a todas partes”. El miedo de la mamá provoca en la paciente impotencia y molestia porque la cree indefensa.

Se intenta que Mariana se ponga en lugar de su mamá, pensando en sus sentimientos y tomando en cuenta su lugar de madre. Mariana asiente con la cabeza, como si se diera cuenta de lo que su mamá podría estar sintiendo y pensando.

El mismo procesamiento se realiza con Antonia, quien reporta que le da tristeza que su hija no continúe con sus planes. Cuenta cómo el padre, desde EEUU, prohíbe que la joven salga a la calle, mencionando que no vale la pena que estudie o se forme. En cambio, Antonia dice tener claro que es importante que su hija se prepare, que no dependa de un hombre, que pueda salir sola. Finalmente, da un mensaje triste y conmovedor: “No quiero que repitas mi historia” y le recuerda a su hija que sí le tiene confianza, pero que después del secuestro, siente mucho miedo. Mariana llora fuerte, menciona no querer sentirse indefensa como su madre, no querer repetir su historia.

Se les pide que completen la frase incompleta “yo te pido...., yo ofrezco...”. Antonia comienza ofreciendo permiso para salir, le da permiso para estudiar, trabajar y, a cambio, le pide que le reporte dónde está y que respete horarios. Por su parte, la joven pide salir, retomar su vida, volver a empezar. Tengo que reforzar la idea de que ella también debe ofrecer algo, con lo cual la joven se compromete a respetar lo que la madre está solicitando como medidas mínimas de cuidado y protección.

En este momento, Antonia cuenta un pedazo de la historia de su vida. Es una historia de esfuerzos, de soledad, de afecto hacia sus hijos e hija. Antonia recuerda a la dueña de una de las casas donde trabajaba, que la ayudó mucho con sus hijos. Le regalaba ropa, le mostraba preocupación e interés; interés que, por otro lado, su marido no demostraba. Cuando se le pregunta a la madre por aquellas cosas que les dio a sus hijos e hija, menciona cosas como “ropa”, no puede darse cuenta de otros elementos, por lo que le cedo la palabra a su hija. Aquí el mensaje, dicho con lágrimas rodando sobre su cara, es claro. Su mamá les dio educación, buenos tratos (a diferencia de lo que recibían por parte del papá), compañía, afecto, apoyo. Se da cuenta que heredó la fuerza de su mamá. Se enfatiza que esta mamá fungió como un modelo importante.

Mientras salgo a compartir reflexiones con el equipo, se las observa en silencio pero conmovidas, comparten algunas palabras en tono bajo y se abrazan.

El cierre se realiza con las sugerencias del equipo: se refuerza la idea de que han establecido un nuevo contrato o acuerdo y que dicho acuerdo puede irse ajustando de a poco, incluyendo la posibilidad de recaídas (por ejemplo, Antonia puede sentir miedo y negar un

permiso), se sugiere que ejerciten la comunicación en su vida cotidiana como medio de prevención de conflictos. Asimismo, se le comenta a Mariana que es necesario que ella pueda distinguir su propio miedo, distinguiéndolo del de su madre.

### **5ta sesión: 06/03/2007**

Mariana acude acompañada de su novio, Marcos. La invitación surge por parte de la joven, y es consensuada con su novio, quien se muestra también interesado en trabajar asuntos de pareja.

Para Marcos un asunto fundamental a trabajar tiene que ver con los fuertes celos que experimenta Mariana, respecto a sus amigos y una ex novia que sigue en contacto con él. Han tenido muchas peleas respecto a este tema y ambos acuerdan en que los celos es un tema prioritario que daña su pareja

Al preguntar sobre los efectos que el secuestro ha tenido en la pareja, ambos comentan sus sentimientos. Para Marcos implicó estar más pendiente de ella, acompañarla, llamarla. Siente miedo y coraje por lo sucedido. A Mariana le dio más inseguridad, siente que lo sucedido puede cambiar su mundo de pareja, teme que Marcos comience a pensar como sus padres o hermanos (que es su culpa, que ella lo provocó, que debe quedarse encerrada). Tampoco quiere que haya engaños o mentiras por parte de Marcos (como sucede con su cuñada o su propia madre), le asusta mucho ser engañada. Esta sensación es relativamente reciente, antes la pareja no sufría de celos tan exagerados. Para Mariana, representa mucha intranquilidad y malestar.

Marcos, aunque con poco afecto, le repite que él no ve la situación de esa manera. Y manifiesta que en realidad no se ha alejado, por el contrario, se ha acercado aún más.

Aparece en Mariana nuevamente el tema del encierro y la incapacidad de hacer lo que quiere hacer, por el atrapamiento que siente por parte de su familia. La señora Antonia no ha respetado el acuerdo de la sesión pasada y eso le duele mucho. Mariana no identifica ningún cambio por parte de su madre, desde la sesión pasada. También es cierto que Mariana no intenta salir en estos días, no pide permisos, no defiende el acuerdo hecho entre ambas.

La joven comienza reportando que Marcos se muestra distante o indiferente a veces con ella, siente que la ha estado acompañando a todas partes, no por gusto, sino por obligación. Lo cierto es que el joven, además de pasarla bien junto a su novia, también siente miedo por lo sucedido. Para él aún es una inquietud saber si debe dejarla más sola, no estar tan pendiente de ella. Marcos pone de manifiesto el esfuerzo que muchas veces hace por ir a ver a Susana, viaja mucho hasta su casa, a veces tan solo para pasar un pequeño rato junto a ella. Valora ese tiempo juntos. Mariana disfruta de su apoyo, se emociona sabiendo que él está a su lado, que la hace sentir más fuerte, más entera. Marcos es un pilar importante para escapar del atrapamiento; salen juntos, se distraen, se divierten. Mariana se emociona al hablar de las cualidades de Marco, le gusta pasar tiempo con él.

Durante la sesión, se indaga también sobre los sentimientos de Marcos hacia el secuestro y violación sufridas por su novia. El muchacho relata conmovido el miedo que sintió, y cómo reaccionó abrazándola, acompañándola. Ambos coinciden en que Mariana recibió apoyo incondicional por parte de Marcos, ante este doloroso episodio.

Al regresar de la intersesión, los mensajes que el equipo envía son en positivo. Se refuerza que son una pareja con muchos recursos, herramientas, capacidad y disposición para trabajar asuntos de pareja.

También se devuelve que, a raíz del secuestro, se hizo necesario que la pareja se amalgamara, que Marcos apoyara más a su novia, estuviera más presente. Y esto fue funcional, natural, necesario, para todos, incluida la familia de Mariana. Sin embargo, si la pareja siguiera funcionando de esta manera, se corre el riesgo de convertir su mundo de pareja en una cárcel donde ambos se sientan atrapados. Se enfatiza en la necesidad de retomar los espacios individuales, la vida cotidiana normal, tal como era antes. Ampliar el mundo social, diferente al compartido con la pareja, para encontrar espacios propios.

Asimismo, regresando de la intersesión, la pareja comenta un nuevo acuerdo que han negociado. Mariana va a decirle a su novio cuando desee estar sola. Le pedimos que lo mismo haga con su madre. Se le deja como tarea que empiece a pedir sus espacios independientes, especialmente con la mamá. Que tome valor para correrse del atrapamiento, registrando su miedo pero empezando a desafiarlo, poco a poco.



Además, se les ofrece consolidar el espacio de pareja en el Centro Comunitario cada quince días. La pareja acepta gustosa.

### **6ta sesión: 13/03/2007**

Si bien esperábamos a la Sra. Antonia, Mariana acude acompañada de su hermano Jose Luis. Es ésta una sesión de hermanos, emotiva, con nuevos descubrimientos y nuevas puertas abiertas para continuar el trabajo con la paciente.

José Luis inicia la sesión relatando un episodio de violencia, donde los hermanos se apoyan entre sí. Uno de sus hermanos consume mucho alcohol y tiene problemas frecuentemente, golpes y peleas callejeras. Narra el episodio ocurrido hace dos años, en el que Jose Luís defiende a este hermano en el robo de una chamarra. Como resúmen del altercado, José Luís destaca que es él quien saca a los hermanos de esa situación, puesto que era el unico no alcoholizado. Mariana lo escucha atento, participando poco en el relato ya conocido por ella.

A raíz de esa situación, su mano queda lastimada y le resulta muy difícil cumplir con las tareas escolares, por lo que finalmente abandona su carrera. También en ese momento tenía una novia que le demandaba atención y entendía poco de sus responsabilidades como miembro de una familia tan numerosa. Recuerda esa época como una etapa plagada de muchos conflictos, mucha presión.

En cuanto a la familia, menciona cómo todos le pedían mucho dinero a sus papas, incluso a Bonifacio, el hermano mayor. Esta situación injusta era más marcada con Susana y Miguel (los hermanos menores). Jose Luís, en cambio, nunca pedía nada; desde niño asume con mucha responsabilidad y prudencia el cuidado dinero.

José Luís llora y se emociona contando cómo la falta de dinero impactó en él, cómo desde niño experimentó carencias, coraje y preocupaciones por la situación económica de toda la familia.

El sabe lo que implica no tener ni dos pesos para comer. Buscaba dinero tirado y lo ahorra, por eso le generaba mucho coraje ver cómo sus hermanos pedían dinero para sus actividades, como si no entendieran el enorme esfuerzo que eso implicaba.

Mariana escucha atenta, recuerda con cierta tristeza el poco contacto, la poca relación que tenían. No compartían momentos juntos, no platicaban de sus sentimientos o pensamientos. Reconoce que a su hermano Miguel y a ella les fue mejor, los padres pudieron darles más, vivieron en un contexto económico más favorable.

Por otra parte, a José Luís también le tocó la parte de colaboración fuerte en las labores de la casa. Los dos se identifican con este tema y exigen en la actualidad un reparto más equitativo de las funciones al interior del hogar. Uno de sus hermanos, Alfonso, es quien más privilegios goza en esta familia. Mariana llora recordando el maltrato que recibe por parte de su madre, especialmente cuando le dice que es muy floja y que no quiere a sus hermanos (porque no los atiende lo suficiente), y que a ella le dio gusto que se muriera Bonifacio. Son comentarios crueles que calan profundo en la paciente.

Se deja la tarea para la intersesión de que piensan en la posibilidad de hacer algo como equipo de hermanos, es decir, asumir estrategias o responsabilidades distintas para cambiar su situación. Al regresar, José Luís comenta acerca de su decisión de salirse de la casa familiar, pero también hace un análisis interesante: su madre, la Sra. Antonia, tiene mucho miedo de quedarse sola, por lo que boicotea cualquier plan de vida independiente que pudiera tener Mariana. La absorbe, con tal de tener a alguien que la acompañe en su vida. Es un cierre que nos deja a todos reflexivos y con ganas de continuar el trabajo en el próximo encuentro.

### **7ª Sesión: 20/03/2007**

La sesión anterior Mariana había pedido una sesión individual pero debido a un evento ocurrido el sábado anterior a este encuentro, llega acompañada de su novio Marcos. Se los ve un tanto tensos, comparten risas nerviosas y ninguno tiene intenciones claras de iniciar la sesión.

En los primeros minutos la joven comenta que ha comenzado a tener pesadillas nuevamente, debido al secuestro ocurrido en enero. Este hecho coincide con que ha empezado a salir por sí sola, sin compañía de nadie. Estos puntos quedan pendientes para la próxima sesión; no se indaga más sobre esta situación, porque ambos priorizan el trabajo de pareja.

Inicia Mariana contando el evento del sábado anterior. “Jugando” con el celular de Marcos, encuentra un mensaje de él hacia una amiga, que dice “te amo”. La persona en cuestión es una muchacha hacia la que Mariana ya sentía celos. Siente que es su “segunda novia”, que le presta demasiada atención y le brinda cuidados especiales. El sábado Mariana pudo expresar lo que sentía, llorando, y logró que Marcos se pudiera poner en su lugar y comprendiera cómo se sentía al encontrar un mensaje de ese tipo escrito por él. En apariencia esto había pasado en una ocasión anterior, pero no se le había prestado demasiada atención y no había sido tan “grave”, desde la perspectiva de la paciente.

Se escucha también la perspectiva de Marcos. De inmediato, él minimiza el hecho, le resta importancia, argumentando que en las relaciones con sus amigas incluye abrazos, caminar tomados de la mano y palabras cariñosas. Desde su punto de vista, el “te amo” dicho a esta muchacha no tiene nada que ver con el “te amo” que recibe Mariana; tiene claro que la lastimó y que si él leyera algo así, probablemente se sentiría igual de desconfiado y celoso.

El resultado de este altercado consistió en que Marcos prometió cambiar la forma en que se relaciona con estas muchachas (es un grupo de 3 amigas mujeres). Mariana, de todas maneras, se muestra desconfiada y dolida todavía.

Se indaga sobre los acuerdos previos de esta pareja, al inicio de su relación. Marcos comenta que desde el comienzo comentó a Mariana sobre las características de sus relaciones amistosas. En apariencia, él muestra abiertamente el tipo de relación que mantiene, pero la joven sospecha que el trato se modifica cuando ella está presente. De todas formas, no es frecuente que Mariana sea incluida en la vida social de Marcos; son pocas las veces en que han salido con este grupo de amigas cercanas a él.

La sesión continúa desarrollándose entre comentario de uno y de otra, refiriéndose a sus amistades, al tipo de trato permitido, etc. El material se vuelve un tanto redundando, por lo que en ese momento, realizo un corte en la sesión. Los dejo pensando en lo que puede haber detrás de este evento, en las posibles incomodidades de cada quien en la pareja, en los roces, etc. Mariana de inmediato responde que no percibe nada más allá del suceso del sábado. Marcos se queda en silencio, pensando.

Al regresar de la intersesión, retomo la tarea dejada. Ambos dicen que no existe conflicto alguno en la pareja y que cuando tienen algún problema, lo plantean de inmediato al otro, para prevenir mayores problemas y para resolverlo rápido.

Se propone entonces un trabajo con esculturas. Marcos modela el cuerpo de Mariana, como si fuera de plastilina, y plasma una imagen de lo que él percibe en su novia actualmente. La coloca de pie, frente a él, con los pies bien plantados en el piso y con una sonrisa. El título de su obra es “Mariana feliz” y al ponerle volumen a los pensamientos de la estatua hacia él, Marcos dice “Te quiero mucho, eres mi centro, estoy feliz contigo”. El equipo sugiere a través del interfón que yo modifique la estatua desde mi percepción. Entonces, coloco a la paciente en el piso, con el rostro triste y desesperado, y con una mano tendida, como pidiendo ayuda, dirigida específicamente a Marcos. Esta escultura se llama “Mariana y la soledad”, se le ve sin redes alrededor, centrando toda su atención en la posibilidad de que Marcos la rescate, la ayude. Marcos ofrece apoyo incondicional, no manifiesta ningún malestar por ser “jalado” por su novia, ni siquiera cuando ella (con mi ayuda) jala de más, arrastrándolo casi hacia el piso, junto a ella. Marcos parece estar presente, siempre, sin importar sus ganas, su deseo ni ningún otro elemento que pudiera cuestionar su entera disposición a ayudar a su novia.

Queda claro que él podría levantarla, apoyarla y servirle de sostén en la travesía de pasar de “Mariana y la soledad” a la “Mariana feliz”. Sin embargo, se trabaja con lo que ella puede hacer por sí misma para levantarse. Se propone que pase de una escultura a la otra, diciendo los pasos concretos que tiene que dar, a medida que se mueve. Mientras se va incorporando y cambiando su posición, Mariana menciona que necesita tomar acciones para ganar su independencia, para no depender de nadie. Menciona que quiere recuperar su grupo de amigos, y hacer nuevos, conseguir un trabajo y retomar sus estudios. Son frases expresadas en términos muy vagos, que podrán ser retomadas en una sesión individual futura. Marcos la escucha en silencio, no parece estar muy conectado con lo que su novia está diciendo. Ella, por el contrario, se muestra bastante receptiva a la idea de la propia responsabilidad sobre su vida, es decir, sobre lo que ella puede hacer por sí misma.

La sesión se cierra un poco abruptamente. El tiempo sólo permite despedirnos con una frase incompleta (“no me quisiera ir sin decir que...”). Marcos y Mariana se destinan mutuamente palabras de cariño, afectuosas; Ella también menciona que necesita empezar a ayudarse a sí misma. Cierro la sesión connotando positivamente el apoyo que se brindan como

pareja, pero destacando la parte individual, lo que cada uno (especialmente Mariana) tiene que hacer para cambiar aquello que no le agrada de su vida.

### **8ª Sesión: 03/04/2007**

En esta sesión se trabaja únicamente con la paciente, se retoman aspectos centrales de su plan de vida y de su situación familiar actual.

A partir del trabajo con esculturas de la sesión anterior, se producen en la paciente algunas conductas orientadas al cambio, en forma significativa. Ella misma menciona que ver su cuerpo ubicado en la escultura fungió como un fuerte motor de cambio, de necesidad de hacer algo para modificar su propia vida, su propia historia. Incluso menciona que la imagen de la escultura se le presenta como un desafío, como el motor necesario para salir de la situación de malestar en la que se encuentra.

En cuanto a los cambios en lo cotidiano de su vida, la paciente comenta con orgullo el poder haber comenzado a ponerle límites a su madre pero, especialmente, se muestra satisfecha consigo misma por haber decidido hacer cosas por sí sola, salir, retomar pendientes, averiguar sobre cursos, etc. Ha estado recorriendo escuelas, instituciones y otros espacios en los que ella cree que podrían existir opciones para continuar con su educación y formación.

También se muestra más autónoma respecto a Marcos, su pareja. Cuenta haber logrado pedirle un espacio, dejarlo un rato para estar con ella misma. Ella misma sugiere que los “mundos” de cada uno son sumamente distintos. Mientras Mariana se encuentra muy sola, sin muchas redes o proyectos propios a su alrededor, Marcos tiene una vida social rica y podría estar sintiéndose “jaloneado” por su novia (y por la familia de ella). Sabe que Marcos representa su mundo entero, no tiene otras redes de apoyo, de contención; no tiene amigos, no tiene compañeros de trabajo, etc. Y está dispuesta a modificar su situación. Quiere retomar viejas amistadas pero, especialmente, generar nuevas, insertándose en nuevos contextos, tanto a nivel educativo como laboral.

Al escuchar con atención y agrado los cambios que reporta la paciente, éstos se le connotan positivamente y se refuerzan, con la intención de que perduren en el tiempo. Se platica sobre los pasos concretos a dar para continuar orientada hacia el cambio, y la paciente

responde con seguridad y calma, narrando aquellas acciones que debe realizar en el corto plazo. Asimismo, menciona conmovida algunos comentarios sobre la importancia del espacio terapéutico; siente que es un espacio propio, que ha valido la pena. Percibe que ha logrado cubrir parte de sus objetivos, al sentirse mejor, mas autónoma en sus vínculos importantes, tanto a nivel familiar como con su pareja. Se encuentra próxima a iniciar un curso de idioma, que va a ocupar gran parte de su tiempo por lo que acudir a las sesiones le resultará complicado. Antes de salir a platicar con el equipo terapéutico, se la deja pensando acerca de la imagen que tiene de si misma en un futuro cercano.

En la intersesión, el equipo sugiere hacer una reflexión final que permita cerrar el tratamiento, resumiendo los principales temas y sentimientos trabajados allí. En ese sentido, se recuerda sobre la importancia de comentar algo acerca del motivo de consulta inicial (el secuestro y la violación).

Al regresar con Mariana a la sesión, la paciente de inmediato narra cómo se imagina en el corto plazo: estudiando, trabajando, manejando su vida en forma independiente, sin tanto control por parte de su familia, especialmente de su madre. Para esto, Mariana sabe que debe comportarse como adulta, plantear sus necesidades en forma clara y establecer límites. También refiere llevarse la imagen de la escultura en forma clara, muy tangible, como un recordatorio de lo que no quiere ser.

Como cierre, se resumen los aspectos centrales del tratamiento, se le connotan nuevamente en forma positiva sus recursos, su fuerza, su entereza, ante lo que la paciente se emociona, se conmueve. Se señala enfáticamente que las puertas quedan abiertas, para poder platicar en otro momento, cuando ella pueda, sobre asuntos importantes pendientes, como el secuestro vivido. Es un momento emotivo, de despedida entre ambas y de gusto por el trabajo compartido durante este proceso terapéutico.

### **9ª Sesión: 15/06/2007 (seguimiento).**

Se realiza una sesión de seguimiento en la que se valoran los cambios iniciados por la paciente en el encuentro de cierre. Conversando con la paciente, usando escalas y realizando preguntas específicas, nos damos cuenta que la paciente se encuentra consolidando cambios en su vida. Ha logrado continuar con sus estudios y ha estado trabajando como *free-lance* en algunas

empresas que organizan eventos. A nivel familiar, expresa que su madre aún intenta controlar aspectos de su vida, a veces tratándola como niña pequeña, pero en ella esto genera un efecto diferente. Ya no se “engancha” con esta situación y puede “pintar su raya” y marcar límites a la mamá y a sus hermanos.

### **Llamada de seguimiento**

Aproximadamente seis meses más tarde, se realiza una llamada de seguimiento, donde se constata que la paciente continúa estudiando y trabajando, sintiéndose satisfecha con su vida. Se muestra especialmente emocionada con sus estudios. Continúa su relación con Marcos, pero también narra anécdotas donde se incluyen nuevas amistades. Me despido, nuevamente, dejando la puerta abierta para cualquier cuestión que quisiera trabajar.

### **Desempeño de la terapeuta y del equipo**

### **Plan de tratamiento**

### **Meta general**

A pesar de que en apariencia la demanda inicial surgió por el secuestro y violación sufrida por Mariana, desde las primeras sesiones pudo apreciarse que su objetivo se relacionaba más con una necesidad de construir autonomía en la paciente, logrando una separación entre ella y su grupo familiar (especialmente su madre), redefiniendo su rol en la familia, y cuestionando premisas fijas ancladas a ideas basadas en el género.

### **Algunos de los problemas encontrados en este caso:**

- 1) Ideas de género rígidas al interior de la familia, que establecían roles estereotipados en base al género, generando malestar en la paciente.
- 2) Distintas maneras de procesar el miedo por la situación de violencia extrema vivida, en Mariana y en su madre.

- 3) El miedo de la madre se suma al miedo de Mariana, y da como resultado una parálisis general en ambas. El gran dolor de la mamá no permite que Mariana se muestre vulnerable, expresando sus sentimientos hacia lo sucedido.
- 4) Mariana utiliza como mecanismo de defensa la negación; esto le permite sostener a su madre (que se presenta como víctima, con un inmenso dolor, incluso más grande que el de la propia Mariana), darle contención y fuerza. En definitiva, la paciente está “cuidando” a su mamá.
- 5) Se enfatiza en la necesidad de encontrar un punto intermedio, que les permita a ambas sentirse escuchadas en sus necesidades. Ambas tendrán que ceder algo, para negociar con la otra parte (La joven pugna por su independencia, por continuar con su proyecto de vida; Antonia necesita sentir que la vida de su hija no correrá peligro cada vez que pise la calle).
- 6) Podrían existir ciertas expectativas hacia Mariana, por ser la menor de los hermanos, y la única hija mujer. La madre podría estar utilizando lo sucedido para mantener a Mariana en la casa familiar, obturando sus deseos de independencia.
- 7) Un sentimiento de culpa muy fuerte, que algunos miembros se encuentran viviendo desde su infancia. La madre, especialmente, ha propiciado este sentimiento en algunos de sus hijos.
- 8) La dificultad para trabajar con las emociones

**Objetivos planteados:**

- 1) Que la paciente lograra romper con la dinámica familiar, basada principalmente en ideas de género estereotipadas, que le generaban malestar y dolor por cumplir con un rol que ella misma consideraba como injusto, poco equitativo.
- 2) Que la paciente trabaje, dentro de sus posibilidades e interés, sobre el episodio de violencia vivido, motivo de la demanda inicial, para procesar emocionalmente la experiencia sufrida.



## Intervenciones

En términos generales, se realizaron las siguientes intervenciones:

- Rastreo: básicamente trabajamos basándonos en la formulación de preguntas, desde una posición de respeto e interés genuino, que actuaron como disparador y brindaron mucha información sobre Mariana, su familia, su problema.
- Se utilizó la técnica estructural de enfoque, en la que la terapeuta escogió parte de la problemática para trabajar sobre ella directamente, dejando un poco de lado otros aspectos de la vida del paciente.
- Connotación positiva de las experiencias contadas por la paciente, señalando enfáticamente sus lados fuertes y los de su pareja y grupo familiar.
- Respuestas en espejo, repitiendo lo que Mariana había dicho, con el objeto de que ella se sintiera comprendida, validada.
- Externalización: se colocó el miedo como algo externo, que se hacía presente en la vida de cada integrante de la familia, con diferente grado de fuerza.
- En las sesiones conjuntas, se realizaron ejercicios para fomentar la comunicación asertiva y la escucha activa entre los miembros de la familia y de la pareja.
- Uso de metáforas: en la sesión de hermanos, y para poner en evidencia la “culpa” que se maneja en esta familia, se habla de un “costal” que cada uno está “cargando”.
- Enseñanza de la complementariedad: en ocasiones, se destacó la perspectiva de los otros integrantes de la familia, señalando las distintas maneras de ver, pensar y sentir sus experiencias que cada uno posee.
- Cuestionamiento de su realidad, a través de sus constructos cognitivos: se cuestionaron creencias familiares basadas en el género.

- Intensidad: cuando Mariana parecía desviarse del tema o sugerir temas nuevos, la terapeuta imprimió intensidad, con el objetivo de obtener respuestas por parte de la paciente
- Fantasía dirigida, con la intención de recordar y revivir el episodio traumático.
- Preguntas a futuro: focalizando en los recursos que la paciente, su pareja y su familia poseen para hacerle frente a las situaciones cotidianas que les causan malestar.
- Los peligros de una recaída. Se les alertó sobre realizar los cambios poco a poco, entendiéndose que podrían existir posibles recaídas, enfatizando en los nuevos recursos descubiertos por ella y su familia para hacer frente a sus conflictos.
- Se contó permanentemente con el apoyo del equipo terapéutico detrás del espejo, quienes participaron sugiriendo temas a explorar durante la sesión e ideas para realizar el cierre de las sesiones.

### **Respuesta de la paciente al proceso terapéutico:**

La paciente trabajó con un alto grado de cooperación y compromiso durante todo el proceso. Si bien en ocasiones le costó mucho expresar verbalmente sus ideas o sentimientos, también es cierto que se emocionó muchas veces con los relatos de sus experiencias, de su historia, y encontró en sus sentimientos –incluido el enojo– un motor de cambio, gestor de nuevas posibilidades y de un futuro distinto. Fue clara en la exposición de su situación, y sus deseos de cambio.

Destacó su fuerza e interés por convocar invitados en cada sesión, involucrando a sus otros significativos en el proceso, como si entendiera sobre la importancia de la práctica sistémica para poder resolver sus problemas de pareja y familiares. La posibilidad de contar con múltiples voces durante el tratamiento, fue una oportunidad de trabajo privilegiada, que amplió el campo de acción y que, en mi opinión, contribuyó a hacer un tratamiento breve.

Asimismo, en forma breve, pero clara, pudo manifestar la utilidad que tuvo éste espacio para ella, en la búsqueda de herramientas para responder en forma diferente, principalmente, a su situación familiar.

Durante la llamada de seguimiento, Mariana reportó haber logrado retomar, en gran medida, su proyecto de vida (sus estudios, por ejemplo) y se la percibió contenta y entusiasmada con su nuevo escenario familiar que –si bien no había cambiado rotundamente– se había transformado en un lugar con dinámicas más equitativas y afectuosas para vivir y convivir.

### **Reflexión sobre los significados que el proceso terapéutico despertó en la terapeuta.**

Este caso representó un reto muy grande en mi proceso de aprendizaje como terapeuta, pero también a nivel personal. Desde el principio, muchos sentimientos surgieron en mí al conocer la historia de Mariana. Siempre me impactaron su fuerza y sus recursos para afrontar la vida, especialmente los episodios difíciles, como el secuestro vivido.

Sentí mucho dolor e impotencia por el episodio violento vivido por la paciente, pero también por la violencia cotidiana que recibe desde pequeña. Creo firmemente que estas situaciones dejan huellas muy profundas en las personas. Me sentí afortunada por la vida familiar que me tocó vivir y que ahora construyo, libre de violencia y en un entorno afectivo seguro y nutriente.

Siempre confié en que era una paciente con muy buen pronóstico hacia el futuro y con la que logré establecer una buena alianza de trabajo. Me sentí a gusto trabajando con ella, y creo que fue bilateral.

Las sesiones conjuntas, tanto con la madre, como con el hermano y el novio, fueron muy favorables para el proceso terapéutico. Fue muy enriquecedor incorporar la mirada de sus otros significativos, que acudieron con gusto y trabajaron con compromiso durante sus sesiones.

Por último, tengo claro que muchachas jóvenes en este tipo de situaciones (tan crueles, tan injustas, tan poco equitativas) me conmueven mucho y generan en mí un alto nivel de empatía, afecto, y compromiso. Más que en otros casos, de inmediato, comienzo a valorar y

resaltar los recursos que veo en la paciente, para empoderarla y construir herramientas juntas para hacer frente a la problemática mencionada.

### **2.3. Análisis y discusión teórica metodológica de la intervención clínica con las dos familias**

#### **Análisis del caso “María C.” a la luz del Modelo de Terapia Breve y el Modelo Estratégico.**

Este proceso fue visto en supervisión desde el modelo estratégico. Creo que la Terapia Breve tiene algo de estratégica, y en cierto sentido, su objetivo es más o menos el mismo: resolver los problemas de los pacientes de la manera más eficaz posible y utilizando todos los recursos, tanto del terapeuta como del mismo paciente.

Una de las técnicas más útiles en ambos modelos es la forma en la que sistematizan la primera entrevista (Haley, 1983; Fisch, Weakland y Segal, 1988). En el caso de María, la primera sesión siguió las directrices propuestas por ambos modelos. Las partes más importantes de la primera entrevista visto desde esta luz son la definición del problema y el esclarecimiento de los objetivos mínimos del paciente. Para el presente caso, se obtuvo información importante en estos dos rubros, ayudados de las preguntas circulares (las cuales, aunque no se encontraba otro miembro de la familia presente, se pueden realizar) y de un buen establecimiento de la alianza terapéutica.

En el análisis del caso de María, podemos ver que la pareja se enfrasca en lo que Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) llaman “escalada simétrica”. Néstor se muestra celoso por la relación entre María y Roberto, entonces María responde de manera sutil pero efectiva: lo elimina del sistema y empieza a hacer cosas en las que sabe que él no quiere (o no puede) participar; entonces Néstor se molesta más y así sucesivamente. Es esto precisamente a lo que María se refiere cuando habla de “círculos viciosos” y periodos de “auge” y de “crisis”. Además de que son escaladas simétricas dentro de la pareja, también hay una puntuación de secuencia de hechos poco favorecedora para la armonía: después de entrevistar a los dos, nos dimos cuenta que ambos intentan culpar al otro por las dificultades en la relación de pareja.

Por otro lado, Fisch, Weakland y Segal (1984) nos hablan de cómo la capacidad de maniobra es importantísima para el terapeuta. En el caso de María, nos vimos enfrentados a la

necesidad de realizar acciones pertinentes para ganar más libertad en el tratamiento terapéutico. Este incidente sucedió en la sesión número 5, cuando María llega sorprendentemente acompañada de su esposo Néstor. Inmediatamente el se sitúa en la postura definida por los autores como “paciente restrictivo” (op. cit, 1988, pp. 65-71). Aparentemente tratando de sabotear el tratamiento, Néstor nos dice que espera que “el problema” se resuelva en dos o tres sesiones máximo, ya que de otra manera, estaría prácticamente perdiendo el tiempo y mejor sería retirarse de la terapia (y al parecer tenía la idea de que María terminara el proceso terapéutico también). Además de esto, intenta orientar la terapia hacia una especie de consejería. En este sentido, expresa su deseo de que nosotros como terapeutas, le digamos a él *en qué está mal, cuáles son sus errores* para que de esa manera los corrija. Esto representa una postura muy pasiva la cual, por un lado, es muy valiosa porque nos permite trabajar con él tratando al máximo de trabajar de acuerdo a esa postura (op. cit., 1988, cap. V). Sin embargo, por otro lado esta postura limita nuestra capacidad de maniobra como terapeutas. ¿Qué hacer en estos casos?

Watzlawick y sus colaboradores (1967) proponen afrontar estas restricciones de manera abierta, ya que de otra manera, la posibilidad de que la terapia sea exitosa se reduce. El conocer la postura del paciente nos permite planear mejor nuestras intervenciones iniciales, de tal manera que éstas sean coherentes con dicha postura y, por ende, no sean rechazadas por parecer fuera de la realidad. Sin embargo, mencionan, mientras avanza la terapia, hay que llevar esta postura a su mínima expresión, para poder tener más libertad de acción en sesiones subsecuentes.

Finalmente, tomamos todos estos elementos y decidimos, como terapeutas, actuar de inmediato. La intervención realizada fue la siguiente: de manera muy atenta le explicamos a Néstor que, mientras que era muy respetable su opinión y su deseo de que los resultados fueran visibles de manera rápida, probablemente en dos o tres sesiones no se podían dar todos los cambios esperados. Se le dijo entonces que de hecho trabajaríamos con él de manera más que rápida, eficiente, y que después de esas tres sesiones haríamos un resumen para ver cómo estábamos avanzando y si había más por hacer. De la misma manera, le comentamos que, mientras que sí somos capaces de dar consejo, hemos visto que en muchas ocasiones lo mejor para el paciente es tomar sus propias decisiones y realizar sus propios cambios. En este caso haríamos una combinación de las dos cosas. Estas intervenciones relajaron mucho a Néstor ya que nos alineamos con su postura (es decir le dimos precisamente consejo de lo que *debía*

*hacer*, en cierto sentido, dentro de la terapia), con lo que evitamos la resistencia y promovimos la colaboración del paciente, y al mismo tiempo nos dimos más libertad de acción como terapeutas.

Una de las claves para el éxito en terapia breve es una planificación cuidadosa del caso (Fisc et al., 1984). Y uno de los puntos que considero importante para que esta planificación del caso prospere es poder establecer, además del problema del paciente (cosa que en el caso de María establecimos claramente), el poder ver las *soluciones intentadas* por ella y que representan “más de lo mismo”. Esto no pudo realizarse en forma adecuada durante nuestras sesiones. Haber identificado dichas soluciones intentadas hubiera facilitado y simplificado la labor terapéutica, de tal manera que no propusiéramos una solución isomórfica con las soluciones intentadas que no habían tenido buenos resultados para la paciente.

Analizando las posibles soluciones intentadas por María, podríamos haber llegado a la conclusión de que todas pertenecían al mismo propósito, y que sólo podrían generar un cambio de tipo 1 (Watzlawick et al., 1984). Ignorar a Nestor cuando él hacía sus reclamaciones y “seguirle la corriente” en las etapas que ella llamaba de “auge”, realmente eran el mismo tipo de solución intentada. La pregunta a hacernos era ¿estas acciones cambian la dinámica del sistema? Parece ser que no, ya que sólo generaban un bienestar pasajero; dicho sistema tenía estas pautas tan arraigadas que se volvían “círculos viciosos”. En este sentido, lo que María necesitaba eran acciones que la hicieran salir del caparazón, intentar nuevas formas de solución de problemas, que probablemente la llevarían a un cambio de tipo 2.

Otro de los problemas con los que nos encontramos en este caso fue la resistencia que evidenciaba María hacia las tareas. En la supervisión se decidió no trabajar con tareas porque María era una persona que trabaja mucho en sesión; la idea consistió en trabajar lo más posible dentro del encuadre terapéutico y ver qué cambios se generaban entre sesión y sesión. Este detalle limitó un poco la técnica de la terapia estratégica y de la breve también al no depender tanto de las tareas. Sin embargo, me pregunto ¿qué habría sucedido si hubiéramos continuado con ellas? Mi respuesta tentativa es que habríamos disminuido drásticamente la duración del tratamiento. Al realizar todas las intervenciones en sesión, no usamos el espacio externo y no “no trasladamos” al espacio íntimo del paciente como lo podemos hacer a través de las tareas.

Sin duda alguna, y como reflexión final, considero que el Modelo de Terapia Breve y el Modelo Estratégico nos ofrecen formas muy eficaces en los tratamientos con las familias. Finalmente, el objetivo es acortar la terapia, pero no su efectividad, y esto es beneficioso tanto para el paciente, porque se trabaja activamente con él para resolver su problema en el menor tiempo posible, como para nosotros como terapeutas, ya que sentimos que realmente estamos haciendo algo para resolver aquello que les aqueja a los pacientes, motivo por el cual vienen a consulta con nosotros.

### **Análisis del caso “Mariana”.**

El desarrollo del trabajo con Mariana consistió en un proceso, desde mi punto de vista, complejo, que tuvo aciertos, pero también desaciertos, aspectos a reforzar y considerar para futuras intervenciones en casos así.

Para empezar, este caso no se trabajó desde ningún modelo revisado durante la maestría, debido a la gravedad del episodio vivido por la paciente y a las propuestas específicas que existen actualmente para atender situaciones de violencia sexual. Se trabajó, entonces, fundamentalmente desde la perspectiva de género, tomando algunos aspectos del modelo de soluciones propuesto por O’Hanlon y Bertolino (1998) para la atención de víctimas de violencia sexual. Asimismo, se realizó un trabajo con esculturas familiares, técnica proveniente del psicodrama, y algunos ejercicios de comunicación para favorecer el establecimiento de límites y la expresión asertiva de los miembros de la familia.

En forma frecuente, ante casos así, desde la teoría (y aún desde el sentido común), se impone la necesidad de trabajar con el episodio de violencia extrema vivido por la paciente. Este abordaje se sustenta en las reacciones frecuentes tras un suceso de violación, que incluyen: pensamientos recurrentes sobre lo ocurrido, sentimiento de culpa, miedo, restricción en las actividades que habitualmente eran realizadas.

Y así comencé el trabajo con ella, incluso desatendiendo otros temas con los que Mariana acudía a consulta, como si yo misma tuviera una especie de “sordera selectiva” y no pudiera escuchar los temas que la joven compartía conmigo. La sesión en la que se trabajó con trance hipnótico, por ejemplo, fue sumamente difícil, puesto que no era demanda de Mariana trabajar con ese tema en ese momento. La paciente había llegado con otra información,

relevante también, que contenía una gran carga emocional, y yo no pude tomarla en cuenta, incorporarla a la sesión. Porque, desde mis lentes y los del equipo, era importante retomar el episodio de secuestro y violación sufrido por la paciente, para trabajarlo, elaborarlo.

Finalmente, después de este llamado de atención, fue muy importante poder defender la necesidad de trabajar con la demanda del paciente, y no con las expectativas o deseos del equipo terapéutico (en el que me incluyo, por supuesto). Así pues, tras ricas discusiones de trabajo con el equipo, acordamos como objetivo principal el trabajar en pos de la autonomía de la paciente, dejando de lado el secuestro y violación. En esa línea, percibíamos a Mariana como una niña pequeña, que no peleaba por su independencia y permanecía incólumne en su lugar de vulnerabilidad e indefensión. Pero también destacaban los recursos que la paciente poseía para retomar su vida cotidiana, peleando por espacios propios, abriendo espacios de crecimiento personal. Haciéndose, en definitiva, protagonista de su propia vida, de su propia historia. Estas reflexiones constituyeron un eje central del trabajo realizado, que guiaron cada sesión.

Por otra parte, fue importante, en todo este proceso, incorporar la voz de las personas significativas para Mariana: su madre, su hermano y su novio, Marcos. En ese sentido, la incorporación de otros miembros de la familia fungió como un elemento central que enriqueció el proceso y que permitió destrabar algunos aspectos rígidos a nivel familiar. Se trabajó, entonces, con un enfoque netamente sistémico, donde lo vincular adquirió un lugar privilegiado. Además, fue un buen indicador de adherencia terapéutica el que la joven decidiera invitar a personas diferentes en algunas sesiones, demostrando sabiduría, confianza y compromiso con el espacio terapéutico, pero especialmente con su proceso de cambio.

Asimismo, desde la literatura sistémica, se sugiere el trabajo con los familiares de aquella persona víctima de un episodio traumático de esta índole. Habitualmente, los familiares quedan casi siempre detrás, como telón de fondo; sin embargo, si éstos no reciben orientación psicológica, el hecho puede causar problemas en la estructura familiar. Entre las reacciones que pueden experimentar los miembros de la familia, se encuentran el miedo y la preocupación constante, vergüenza, ira, entre otros. Incluso, suele ocurrir que algunos familiares reaccionen violentamente ante esta terrible experiencia (Wickham y West, 2002). En el caso que nos ocupa, dichos sentimientos fueron externalizados (White, 1994) en el tratamiento de Mariana, por ejemplo, convirtiendo el “miedo” en algo separado, externo.



Como indicadores de progreso en el tratamiento, fue destacable la desaparición de los síntomas que Mariana refirió al inicio del mismo, como las pesadillas recurrentes y el miedo que la paralizaba. Pero, especialmente, la paciente logró darse cuenta de la necesidad de pelear por espacios de autonomía y respeto, teñidos de equidad, en el seno familiar, reconociendo su responsabilidad y capacidad de acción para ello.

Finalmente, a pesar de que muchos enfoques psicológicos defienden la necesidad de resolver los traumas, puesto que –a corto o largo plazo- suelen tener consecuencias serias, desde mi óptica, hay diferentes formas de sobrellevar episodios tan dolorosos como el vivido por Mariana. Se puede andar el camino de diferentes maneras... algunas personas van a terapia y platican acerca de lo sucedido, con mucho dolor; otras personas trabajan el tema de forma distinta, resolviendo otros asuntos pendientes (incluso más dolorosos) en su vida cotidiana. Lo cierto es que, congruente con los enfoques posmodernos en psicoterapia, el asunto se trata de escuchar genuinamente a quien tenemos frente a nosotros, darle espacio para que su voz se despliegue en el consultorio, reconociendo y validando sus necesidades.

### **3. Habilidades de investigación**

#### **3.1. Reporte de la investigación cuantitativa**

La investigación se titula **Representación social de prostitución infantil en mujeres de comunidades marginadas del Distrito Federal, México**. El trabajo fue realizado en conjunto con Anel Gómez San Luis y Arturo Sirgo Cruz. A continuación se incluye el resumen del escrito, seguido de una breve explicación del trabajo realizado.

#### **Resumen**

*La prostitución infantil es un acto delictivo cuyas consecuencias para los niños, niñas y adolescentes víctimas van desde la violencia física y psicológica, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos prematuros, hasta la muerte. Desde la teoría de representación social, el cambio de los significados que comparte un grupo social en un contexto determinado determina el cambio en las conductas relacionadas con el*

*fenómeno significativo. Con el objetivo de conocer el sistema de significados que comparten las familias cuyos niños, niñas y adolescentes se encuentran en riesgo, se realizó la presente investigación con el supuesto de que conocer la representación social de las madres de dichas jóvenes en riesgo, facilitará el abordaje de esta problemática.*

*Se realizaron entrevistas a profundidad a veinte madres de chicas adolescentes en riesgo de prostitución en zonas marginales de la Ciudad de México, donde se presenta el fenómeno. Se hizo un análisis de contenido, del cual emerge la representación social distribuida en cuatro dimensiones: información, actitud, percepción de riesgo y conductas de prevención.*

*Se discuten las implicaciones en relación a la población en riesgo, a la comunidad y otras instancias sociales, señalando los alcances y limitaciones metodológicas del presente estudio.*

## **Antecedentes**

De acuerdo con la declaración y agenda para la acción del primer congreso mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños (1996), la explotación sexual comercial infantil es una violación fundamental de los derechos de la niñez, constituye una forma de violencia contra ésta y es una forma contemporánea de esclavitud. Una forma específica de explotación sexual comercial de niños es la prostitución infantil, la cual se refiere a “la utilización de niños y niñas para relaciones sexuales a cambio de dinero, o bienes, normalmente organizada por intermediarios” (OIT, 2003).

La prostitución infantil, a diferencia de la prostitución adulta nunca es voluntaria y va acompañada de una multitud de circunstancias que pueden convertir la existencia de un niño, niña o adolescente en un auténtico infierno (ECPAT, 2001). Además, un niño, niña o adolescente víctima de prostitución infantil, se encuentra envuelto dentro de un círculo de intereses fundamentalmente económicos. Existen tres actores que definen la dinámica de la prostitución infantil: a) un niño, niña o adolescente que en su calidad de víctima es transformado en un objeto de uso, trato o venta. b) un cliente explotador que motivado por distintos factores y en contextos específicos, da un pago ya sea en dinero o en especie con el propósito de utilizar

sexualmente a un niño o niña. Y c) un intermediario explotador o red de explotadores, es decir, personas, que con el objeto de obtener una ganancia económica promueve la trata o venta de un niño, niña o adolescente para que un cliente o varios, le utilicen con fines sexuales. (OIT, 2004).

### **Representación social y prostitución infantil: una forma de prevención.**

Las representaciones sociales se originan en la cultura donde un cierto grupo social se encuentra inserto (Ibáñez, 1988). Moscovici (1961) señala que la noción de representación social remite a una forma de conocimiento corriente, llamado de “sentido común”. Jodelet (1988) define las representaciones sociales como: “Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (p. 472).

De acuerdo con Flores (2001), en una representación social pueden coexistir significados diferentes o hasta opuestos con respecto al mismo objeto de representación elaborados por un grupo homogéneo, lo cual posibilita la diversidad en el marco del consenso de la representación, siempre y cuando la contradicción no ponga definitivamente en causa los elementos centrales, permitiendo así que una representación constituida resista a la diversidad y a cambios que se generan en el marco del discurso y de la práctica social.

Para Ibáñez (1988), las representaciones sociales, determinan la visión de la realidad social y contribuyen a su construcción efectiva. Pero además cumplen con otras funciones como la comunicación social (concordar y disentir compartiendo un mismo significado), integran las novedades, contribuyen a la conformación de las identidades personales y sociales, así como a la configuración de los grupos. Y ayudan a legitimar el orden social, ya que al aceptar la realidad social establecida se legitima el orden social, tanto a nivel simbólico como conductual. Siguiendo a este autor, la estructura de las representaciones sociales está conformada por tres dimensiones: a) información: se refiere a la organización de conocimientos que posee el grupo con respecto a un objeto social. b) el campo de representación: donde las imágenes se ordenan y jerarquizan, con lo cual se obtiene una visión abstracta del objeto representado. Un elemento importante de esta dimensión es el núcleo figurativo, en torno al cual se organizan los demás

elementos del campo de representación. c) actitud: se refiere al juicio positivo o negativo hacia el objeto de representación. Esta es, posiblemente, la primera dimensión que se forma en la representación social.

Se puede decir que un acción de prevención inicia cuando existe una representación social de algún fenómeno o acontecimiento que lo define como peligroso o que se debe evitar (Milanes et al., 2001). En el caso de la prostitución infantil, antes de que las acciones de prevención puedan tomar curso, se debe conocer la representación social del fenómeno y es este primer proceso el que determina las acciones del segundo. Estas acciones contribuyen posteriormente a modificar o reforzar las representaciones que las motivaron. De esta forma, se explica el que las acciones de prevención tengan que incidir en los procesos de construcción de las representaciones sociales de fenómenos y conductas, y no sobre fenómenos y conductas que todavía no se han realizado. Si se interviene o se trata de prevenir lo que aún no existe, esto crea una representación y muy probablemente precipite su propia existencia (EDIAC, 2005).

Milanese y colaboradores (2001) señalan que hay conjuntos de acciones o comportamientos que pueden ser resueltos trabajando sobre las representaciones sociales con las cuales están relacionados, y que el trabajo de prevención se puede plantear como una intervención sobre las representaciones sociales (su estructura y su funcionamiento) más que sobre los comportamientos y las relaciones.

## **Metodología**

### Participantes

El muestreo que se realizó para este estudio fue no probabilístico de tipo intencional, ya que para ser participante se requirió de ciertas características específicas<sup>13</sup>:

- Ser mujer adulta.
- Trabajar en lugares donde se observa la prostitución infantil.

---

<sup>13</sup> Una de las investigadoras fue quien fungió como enlace entre las mujeres y el equipo, puesto que había trabajado en la zona de La Merced durante algunos años y conocía a la población del mercado con cierta cercanía.

- Tener por lo menos una hija adolescente que trabaje en lugares donde se observa la prostitución infantil.
- Trabajar en la misma comunidad donde trabaja(n) su(s) hija(s) adolescente(s).

El número de participantes en la muestra fue de 20 mujeres con las características anteriormente descritas.

## Instrumento

Ibáñez (1988) menciona que el procedimiento clásico para acceder al contenido de una representación social, consiste en recopilar material discursivo cuya producción puede ser espontánea, o inducida mediante cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. El instrumento que se utilizó para este estudio fue un cuestionario abierto. Se trató específicamente de una guía de entrevista semiestructurada para conocer la representación social de prostitución infantil (Anexo I).

Esta propuesta consta de 21 preguntas abiertas agrupadas en 4 factores:

1. Información (6 preguntas)
2. Actitud (7 preguntas)
3. Percepción de riesgo (5 preguntas)
4. Conductas preventivas (3 preguntas)

El instrumento se diseñó para aplicarse de tal manera que los investigadores pudieron variar el tipo y número de las preguntas en cada entrevista.

En cuanto a la confiabilidad, se intentó la obtención de suficientes mediciones para conseguir una adecuada base de evaluación incrementando el número de individuos medidos en lugar de aumentar el número de medidas de cada individuo (Selltitz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1976).

## **Procedimiento**

Las entrevistas se realizaron de forma individual en locales comerciales de los distintos mercados de La Merced, en Tacubaya y en Tepito, Ciudad de México, donde trabajaban las participantes. Los encuentros se efectuaron en los meses comprendidos entre noviembre 2005 y abril 2006. En algunos casos fueron programados previamente junto con la muestra participante en horarios y días pertinentes para ésta; en otros -por el contrario- fue espontáneo y decidido en el mismo día de la visita. Los investigadores se presentaron, por motivos de seguridad, todas las veces en parejas, acudiendo cada entrevistador a un local comercial diferente para realizar una entrevista con alguna madre que formara parte de la muestra.

La duración aproximada por cada entrevista fue de 20 a 60 minutos, dependiendo del tiempo que cada entrevistada disponía, considerando sus responsabilidades laborales. Algunas oportunidades, no fue sencillo encontrar los momentos oportunos para distraer la atención de las entrevistadas de su trabajo para participar en la entrevista. Al desarrollarse en su contexto laboral, en ocasiones se tuvo que esperar bastante tiempo para que la persona se desocupara y pudiera disponer de 20 o 30 minutos de su día de trabajo. El ruido de algunos lugares también creó un contexto arduo para la entrevista, teniendo que acercar la pequeña grabadora muy cerca de la cara de las mujeres entrevistadas.

Una a una, se abordaron las preguntas de la guía, pudiendo variar de acuerdo a las respuestas de la participante y al criterio del entrevistador. No existió un límite de duración para cada entrevista; simplemente se tuvo en cuenta el tiempo de la entrevistada, considerando que todas ellas se encontraban en su ámbito laboral.

## **Resultados**

### Análisis de contenido

Con el material discursivo resultante de las entrevistas, las respuestas de las participantes se agruparon en distintas categorías (Anexo II), se obtuvieron frecuencias y porcentajes que se utilizaron en el análisis de contenido.

A partir de los resultados obtenidos, resulta viable conocer la representación social de prostitución infantil que comparte un grupo de mujeres pertenecientes a zonas marginales de la Ciudad de México. En base a nuestra propuesta inicial, el fenómeno ha sido investigado teniendo en cuenta cuatro dimensiones:

**1. Información.** Vemos que el fenómeno es percibido como un negocio y se le confunde con el abuso. Los métodos por los que las mujeres son prostituidas están relacionados principalmente con la manipulación y el engaño. Se reconocen diversos indicadores de que alguien está en la prostitución, principalmente relacionados con los cambios físicos y de actitud. Se advierte que la prostitución infantil está presente en todos lados, pero sobre todo en zonas de clase baja. Las entrevistadas relacionan las causas del fenómeno principalmente a factores familiares y a la pobreza. Las consecuencias incluyen daños tanto a nivel individual (adicciones) como destrucción familiar.

**2. Actitud.** Está enfocada hacia cuatro categorías. Hacia el fenómeno de la prostitución infantil existe un rechazo; hacia la víctima se expresa aceptación, empatía e intención de ayuda. Del proxeneta se piensa que es un delincuente que se aprovecha de la situación; y del cliente se piensa generalmente que es un enfermo que no tiene control de sus impulsos sexuales.

**3. Percepción de riesgo.** Se cree que las personas que están en un peligro mayor son las adolescentes que provienen de entornos de pobreza y que se rodean de influencias negativas. La percepción de riesgo en la comunidad es muy alta, sin embargo, la auto percepción de riesgo es baja.

**4. Conductas de prevención.** Se observa el papel que juega por un lado la familia, a través del cuidado, la provisión de bienes necesarios y la comunicación; y por otro las acciones primordialmente personales para combatir el fenómeno.

## Correlación

Se correlacionaron todas las subcategorías para observar alguna vinculación entre las mismas que se hubiera omitido en el análisis de contenido; es decir, se realizó el procedimiento para obtener información nueva o para confirmar -o en su caso refutar- la información existente.

Para tal efecto, se recurrió a la creación de una Matriz de Correlaciones. Dicha matriz fue de tipo diagonal superior, ya que la información inferior representa el “espejo” de la anterior, por lo que se repetirían datos. Se estableció un nivel de significación de +/- 0.6. Los resultados significativos se aprecian en la tabla 1 “Matriz de correlaciones”.

La mayoría de las correlaciones significativas refuerzan el análisis de contenido. Sin embargo, trae a la luz información nueva que ilustra conexiones que no podían verse. Por ejemplo, la categoría de indicador de PI como cambio físico se relaciona positivamente tanto con la definición de PI como retribución económica como con una actitud de rechazo hacia el fenómeno. Esto nos hace pensar que probablemente el cambio físico (el estar vestida diferente, usar maquillaje) le evoca a las entrevistadas una sensación de que la prostitución se ve “mal”.

Otro resultado que llamó nuestra atención tiene que ver con dos categorías que correlacionan positivamente: Actitud hacia el fenómeno de PI de resignación y actitud hacia el cliente de que tiene necesidades afectivas. Esto nos podría indicar que las entrevistadas que proporcionan este tipo de información hacen una justificación tanto del fenómeno como de aquéllos que lo utilizan. “Ni modo, la prostitución existe”, “pobrecitos los clientes, necesitan cariño” podrían ser ejemplos de cómo se puede poner una persona “fuera” del problema, pero sin ningún tipo de compromiso emocional.



**Tabla 1: Matriz de Correlaciones**

<b>Categoría 1</b>	<b>Categoría 2</b>	<b>Coefficiente</b>
Definición de Prostitución Infantil – <b>abuso</b>	Definición de Prostitución Infantil – <b>retribución económica.</b>	-0.7035
Definición de Prostitución Infantil – <b>retribución económica.</b>	Indicadores de PI – <b>cambio físico</b>	0.6124
Indicadores de PI – <b>adicciones</b>	Causas de la PI - <b>dios</b>	1.000
Indicadores de PI – <b>cambio físico</b>	Actitud frente al fenómeno PI – <b>rechazo</b>	0.6124
Métodos de reclutamiento – <b>obligación</b>	Actitud hacia la víctima – <b>rechazo/indiferencia</b>	0.6847
Consecuencias de la PI – <b>destrucción del contexto</b>	Actitud hacia la víctima – <b>apoyo/consejo</b>	-0.6078
Lugares donde se da la PI – <b>zonas clase alta</b>	Actitud hacia el proxeneta – <b>aprovechador</b>	0.6005
Consecuencias de la PI – <b>destrucción familiar</b>	Actitud hacia el proxeneta – <b>aprovechador</b>	0.6162
Actitud frente al fenómeno PI – <b>resignación</b>	Actitud hacia el cliente – <b>necesidad afectiva</b>	0.6667
Percepción de riesgo en la comunidad – <b>presencia</b>	Percepción de riesgo en la comunidad – <b>ausencia</b>	-0.6882
Actitud hacia el cliente – <b>enfermo</b>	Auto percepción de riesgo – <b>presencia</b>	-0.6634
Auto percepción de riesgo – <b>presencia</b>	Auto percepción de riesgo – <b>ausencia</b>	-0.8921
Actitud hacia el cliente – <b>necesidad afectiva</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>provisión de bienes necesarios</b>	0.6882
Formas de prevención adoptadas – <b>comunicación familiar</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>cambio de contexto</b>	-0.6882
Consecuencias de la PI – <b>violencia</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>armonía familiar/presencia</b>	-0.6637
Lugares donde se da la PI – <b>zonas clase alta</b>	Acciones para combatir la PI – <b>políticas</b>	0.6005
Consecuencias de la PI – <b>destrucción familiar</b>	Acciones para combatir la PI – <b>políticas</b>	0.6162

## **Discusión**

Queda claro que la prostitución infantil es un fenómeno con múltiples causas y consecuencias, cuya representación social contiene una variedad de elementos que se gestan en la riqueza de las interacciones sociales y se reflejan en múltiples discursos.

Sin embargo, dentro de los elementos que conforman el núcleo central de la representación social de prostitución infantil, es sumamente destacable la importancia que la comunidad otorga a la familia, como fuente de protección y defensa contra la prostitución infantil. La satisfacción de las necesidades materiales es necesaria, pero no suficiente, para garantizar ese ambiente familiar integral y saludable. Un entorno familiar con padres involucrados en la vida cotidiana de sus hijos, con papeles claramente definidos y equilibrados y con un alto grado de comunicación entre sus miembros, se configura como un contexto ideal para la prevención de problemas serios, como la prostitución.

Por el contrario, se vincula la prostitución infantil con la desintegración familiar. Familias con miembros aislados, con escasa comunicación afectiva y con poco interés de los padres hacia la vida de sus hijos, establecen un ambiente riesgoso, en el que las jóvenes quedan expuestas a entrar al “negocio” de explotación de la prostitución infantil.

Otro de los elementos centrales de la representación social de prostitución infantil en esta comunidad, refiere a la actitud de rechazo hacia el fenómeno y hacia los adultos involucrados y a su contraparte: la actitud de aceptación hacia las jóvenes prostituidas. A través de su discurso, las mujeres entrevistadas manifiestan tener plena conciencia sobre la gravedad del problema, y acentúan la necesidad de iniciar acciones, tanto personales como sociales, que permitan generar propuestas dirigidas hacia el cambio.

La actitud hacia el proxeneta es de rechazo absoluto; se lo percibe como una persona mercantilista que comete un delito en provecho propio y que forma parte de las mafias de la prostitución infantil. Al usuario o cliente de la prostitución se lo asocia principalmente con un enfermo, cuyas acciones remiten a un desorden de tipo mental o emocional.

Congruentemente, se encuentran actitudes empáticas hacia la niña o adolescente prostituida; se mencionan sentimientos y pensamientos de compasión y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para apoyarlas.

La presente investigación es un aporte al estudio de fenómenos sociales complejos que por su carácter ilícito son de difícil acceso y por la magnitud de sus consecuencias a nivel mundial (especialmente para la infancia) requieren una pronta atención. Si bien los resultados presentados no son generalizables a otras poblaciones, la información obtenida constituye un

material sumamente rico para diseñar programas de prevención e incidir en la problemática desde un enfoque que retome las características específicas de la población estudiada.

Lo anterior significa que entre los principales alcances o aportaciones de este estudio es destacable que se trata de un acercamiento a profundidad con poblaciones marginales y oprimidas, cuyas voces han sido históricamente ignoradas. En este sentido, se retoma el papel de la infancia como elemento prioritario en la construcción del presente y futuro de nuestro mundo. De ahí la importancia de realizar este estudio, que además es una denuncia ante la existencia del gran número de niños, niñas y adolescentes que están siendo prostituidos o que se encuentran en riesgo.

Otro aspecto importante de esta investigación, es que nos permite acceder al complejo entramado social donde se gestan los significados que dan lugar a la problemática de la prostitución infantil, a partir del cual será posible diseñar metodologías de investigación y modelos que nos permitan intervenir en la comunidad sin que esta intervención represente una amenaza y sea rechazada por la comunidad, por el contrario, conocer el sistema de significados socialmente compartidos, nos da la posibilidad de intervenir exitosamente.

En este sentido, una sugerencia para futuras investigaciones es que el número de entrevistas, así como la variedad de actores sociales entrevistados se incremente, ya que hasta ahora hemos conocido la representación social de un grupo de mujeres, es importante conocer cuáles son los elementos de esa representación que son compartidos por otros actores sociales y cuáles son distintos.

### **3.2. Reporte de la investigación cualitativa**

La investigación se titula **Familias y Estilos de Manejo de Conflicto**. El trabajo fue realizado en conjunto con Regina López Silva y Arturo Sirgo Cruz. A continuación se incluye el resumen del escrito, seguido de una breve explicación del trabajo realizado.

#### **Resumen**

*Los conflictos presentes al interior de las familias pueden surgir por distintos motivos y ser manejados de diferentes formas; lo cierto es que –en general- son vividos con un*

*gran pesar por parte de las familias. Un mal manejo de los conflictos puede conllevar repercusiones serias como enfermedades psicológicas, físicas, problemas interpersonales, etc. (García, 2002).*

*Por las repercusiones tan complejas que tiene el mal manejo de conflictos, el presente estudio se propone conocer de forma específica las maneras en que distintas familias manejan sus problemática., Al conocer estos recursos de una manera más clara y específica, éstos podrían utilizarse como estrategias dentro de un proceso psicoterapéutico.*

En esta investigación, se realizan entrevistas semi-estructuradas a dos familias mexicanas, y se lleva a cabo un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría e infiriendo cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc. Finalmente, se discuten las implicaciones en relación a la población estudiada, señalando los alcances y limitaciones de la teoría existente, y realizando una propuesta original que podría ser retomada en un siguiente estudio.

## **Antecedentes**

### **Conflicto**

Para Thibault (1972) el conflicto “es una de las realidades existentes del hombre, la base de las estructuras de sus relaciones con los demás”, por lo que el conflicto será siempre fundamento de la pareja y factor necesario para su vida y crecimiento. Strauss (1979) comenta que el conflicto es una parte ineludible de cualquier asociación humana y que supone la divergencia de intereses que se debe inevitablemente a las diferencias personales. Sin embargo, para Thomas (1976), el conflicto es un proceso que comienza cuando una parte percibe que el otro ha frustrado algunos intereses propios. Por su parte, Fitzpatrick (1988) opina que el conflicto surge de la interacción de personas independientes que perciben fines o metas incompatibles, las cuales interfieren en el logro de las propias metas. Ambas partes buscan un resultado que creen que el otro no está dispuesto a dar. De manera similar, Cahn (1990) considera que el conflicto surge de la interacción entre personas que expresan intereses, puntos de vista y opiniones opuestas, muy parecido a lo que piensa Souza (1996) al inferir que el conflicto es la

diferencia de intereses u opiniones entre una o más partes sobre determinada situación o tema que involucra pensamiento y acción de los involucrados.

Por un lado el conflicto puede darse cuando las personas buscan diferentes niveles de autonomía e independencia y por otro lado buscan cercanía e independencia (Christensen y Shenk, 1991), por lo que el conflicto incluye acciones, objetivos, planes y aspiraciones de la persona que se perciben como intereses divergentes con el otro y se tiene la creencia de que las aspiraciones de ambas partes no pueden ser alcanzadas de forma simultánea. (Rubin et al., 1994). Refiriéndose específicamente a la familia, Turner y West (2002), explican que el conflicto es un proceso en el cual los miembros de ésta perciben desacuerdos acerca de los fines, metas, reglas, roles y/o patrones de comunicación entre ellos. Algunos de los factores que ocasionan el conflicto pueden ser:

1. La economía, finanzas o presupuesto.
2. El comportamiento de los niños, la disciplina, las peleas entre hermanos.
3. Tiempo insuficiente para compartir con la pareja e hijos.
4. Carencia de distribución de las responsabilidades dentro de la familia.
5. La mala o falta de comunicación con los hijos
6. Insuficiente tiempo personal
7. La relación con la pareja (amistad, sexo)

Independientemente de la causa por la que sean provocados los conflictos, éstos son un proceso difícil para la pareja y para los hijos, ya que todos pagan las consecuencias de su inadecuada solución o la falta de solución de los mismos.

#### Estilos de manejo de conflicto

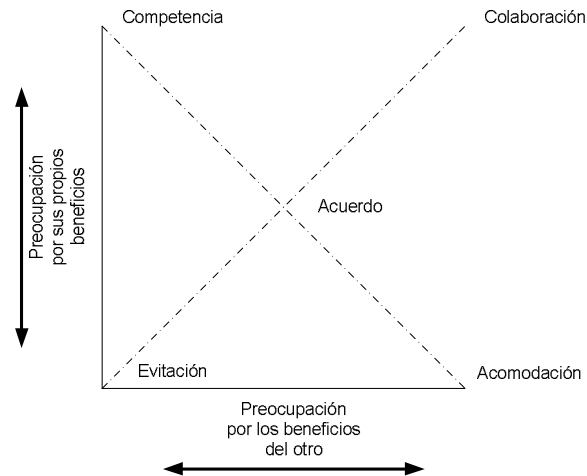
A pesar de que el conflicto puede darse por una serie de situaciones éste puede ser constructivo o destructivo, dependiendo del estilo de manejo de conflicto que se utilice más frecuentemente. Para Cusinato (1992) el conflicto puede ser destructivo si los involucrados no se encuentran satisfechos con las consecuencias y puede ser constructivo si los involucrados están contentos con sus resultados y representa una ganancia para todos. Existen muchos autores que han intentado agrupar los distintos estilos de manejo de conflicto en categorías, como inicialmente lo hicieron Killman y Thomas (1975) quienes, basados en la teoría de Jung,

reinterpretaron el esquema de Blake y Mouton que clasificaba cinco categorías para el manejo de un conflicto. Levinger y Pietromonaco (1989; citado en Díaz-Loving y Sánchez, 2002) basándose en este modelo, diseñaron el inventario de estilos de manejo de conflictos. Y mejoraron el modelo proponiendo que las estrategias de los individuos están determinadas por dos ejes que son:

- Preocupación por los beneficios propios
- Preocupación por los beneficios del otro(a)

De los dos ejes surgen las cinco estrategias:

- **Evitación.** Involucra baja preocupación simultáneamente por el yo y por el otro. En este estilo el individuo evitante permite que dicha situación se deje sin resolver o permite que la otra persona tome la responsabilidad para resolver el problema. Algunos de los evitadores tienden a manejar el conflicto diplomáticamente retirando su atención sobre el tópico, postergando su solución o simplemente retirándose de la situación.
- **Acomodación.** Es un estilo alto en preocupación por el otro y baja preocupación por el yo. Implica el sacrificar las propias metas para satisfacer las necesidades del otro y protege las relaciones mediante el dar al otro, quien alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- **Competencia.** Estilo alto en la preocupación por el yo pero bajo en la preocupación por el otro. En este estilo la gente procura maximizar sus beneficios, mientras que esto provoca altos costos para el otro. Es una aproximación orientada al poder, en la cual la gente trata de usar cualquier medio que le permita defender o ganar una posición que se considera benéfica.
- **Colaboración.** Táctica en la que ambas partes resultan beneficiadas, al centrar su atención en la preocupación por el yo y en la preocupación por el otro. Una vez que se ha reconocido una situación por enfrentar, el colaborador tratará de integrar las necesidades mutuas en una solución que maximizará los intereses de los interlocutores.
- **Acuerdo o Compromiso.** Se refiere al estilo en el cual se colabora con la otra persona llegando a un acuerdo mutuo de una forma creativa, es decir, no sólo cediendo el 50 por ciento, sino creando una solución novedosa y conjunta.



**Gráfico 1: Inventario de Estilos de Manejo de Conflicto**

Existen otros autores que han intentado clasificar la respuesta de las personas y de las familias al conflicto. Por ejemplo, Strauss (1979) en su escala de tácticas de conflicto enfatizó tres técnicas principales que pueden usar las familias para resolver los conflictos, las cuales son *razonamiento, agresión verbal y violencia*. Por su parte, Turner y West (2002) encontraron tres dimensiones básicas de los estilos y tácticas de conflicto que son *no confrontación, orientación a la solución y control*. Sternberg (1994) sugiere por su parte siete formas de resolver el conflicto que son:

- *Acción física*. Alguna de las partes ejerce fuerza física o actos coercitivos hacia la otra.
- *Acción económica*. Alguna de las partes ejerce cierta presión económica sobre la otra.
- *Espera*. Las partes deciden esperar y ver si mejoran las cosas.
- *Aceptar la situación*. Los miembros deciden aceptar las situaciones como son y tratar de hacer lo mejor de éstas.
- *Calmarse*. Neutralizar el conflicto reduciendo las demandas.
- *Intervención de un tercero*. Las partes buscan la intervención de alguien externo que les ayude a mediar el conflicto.
- *Minimizar la opinión*. Una parte busca ignorar a la otra o hacer menos la opinión en la que se fundamente la otra para que reconsidere la situación.

## Metodología

Esta investigación se realizó siguiendo la metodología cualitativa. Esto nos permite acceder a hechos incuantificables de las personas observadas (por ejemplo, sus emociones); nos conecta directamente con la complejidad del ser humano en toda su expresión (Strauss y Corbin, 1990; citado en Sugiyama y Vargas, 2005). Taylor y Bodgan (1992) caracterizan este tipo de investigación diciendo que: a) Es inductiva, b) Considera una perspectiva holística, c) Toma en cuenta el efecto del investigador sobre las personas que estudia, respetando su marco de referencia y d) Es un arte, producto de la creación personal, en el que no hay protocolo fijo preestablecido, sino lineamientos orientadores. Los resultados en esta aproximación se pueden obtener a través de variadas fuentes: la vida de las personas, sus historias, entrevistas, observaciones, entre otros. En gran parte de las ocasiones, la complejidad (pero también la riqueza) radica en que el investigador entra en contacto directo con las personas con las cuales va a dialogar para generar la información objeto de su estudio.

El diseño de investigación, entonces, puede ser dividido en las siguientes etapas:

**Fase de reflexión.** Trabajamos primero en una intensa fase de reflexión, tanto individual como grupal. Cada uno de nosotros reunió sus ideas en un cuaderno de campo; ideas que luego fueron puestas en común y discutidas en los espacios de intercambio grupal.

**Selección de la muestra.** En la muestra elegida, creímos importante dar relevancia a la composición de los grupos, más que a la cantidad de familias. Siguiendo a Hudelson (1994; citado en Sugiyama y Vargas, 2005) pensamos que un pequeño número de informantes especialmente elegidos, puede arrojar información válida y, en cierto sentido, generalizable. Consecuentemente, las familias seleccionadas poseen las características que consideramos relevantes para nuestro estudio (Anexo III).

**Creación del instrumento de medición.** Se pensó desde el comienzo en la creación de una entrevista semi estructurada, que focalizara alrededor de nuestro tema central, pero que brindara la suficiente libertad para conocer lo que los miembros de la familia piensan y sienten acerca de su mundo vincular. Se tomaron en cuenta cuatro elementos para guiar la conversación con las familias: 1. Datos generales, 2. Exploración de las relaciones familiares, 3. Conflicto y 4. Estilo de manejo de conflictos (Anexo IV).



**Salida al campo.** Los entrevistadores acudimos a las entrevistas en parejas, con el fin de que uno guiará la entrevista y el otro pudiera tomar notas, especialmente de las observaciones sobre el lenguaje no verbal de la familia. El material usado consistió en una grabadora y papel y pluma para tomar notas. El escenario para las entrevistas fue, en ambos casos, el departamento de cada una de las familias, en el horario con ellas acordado, y durante el tiempo pactado.

**Análisis.** Esta fase puede dividirse en dos etapas. Al finalizar la primera ronda de entrevistas, se realizaron las transcripciones correspondientes e iniciamos un análisis preliminar, tentativo, a través de varias sesiones de discusiones en el grupo. Se evaluó el instrumento, a la luz de las respuestas obtenidas, para ver si era necesario modificarlo para que funcionara mejor. Este primer paso nos sugirió primeras líneas de análisis y le dio cierto orden a nuestro universo de datos. Realizamos un intenso análisis de contenido del material recogido, relacionándolo con la teoría. En dicho análisis, se resumió lo dicho en las entrevistas y, con base al marco teórico, se pretendió inferir cuestiones relativas al significado otorgado al conflicto familiar, a los recursos de una familia en particular, etc., con el objetivo de comprender el mundo tal y como los propios participantes lo construyen.

## **Resultados**

La información arrojada por las entrevistas a las dos familias fue analizada de la misma manera:

- a) Estructura Familiar: subsistemas, jerarquías, alianzas y coaliciones, límites y roles.
- b) Conflicto
- c) Estilos de manejo de conflicto

Con esta información pudimos realizar un análisis comparativo de las dos familias, contrastándolo con las teorías existentes.

Actualmente, ambas familias se encuentran en la misma etapa del ciclo vital que según Haley (1983) se denomina “Dificultades matrimoniales del período intermedio”, mientras que Estrada (1997) la mencionaría como “La adolescencia”. Sin embargo, a lo que ambos autores se refieren es a un período de crisis en el que se ejerce una lucha por la dependencia-independencia de los hijos, quienes dejan de ser niños sin llegar a ser adultos. Por ende, las

reglas deben ir cambiando de tal manera que se acomoden a la necesidad de independencia de los adolescentes. Lo que parece ser diferente aquí entre la familia R y la familia G es que ambas manejan de manera sumamente distinta esta etapa de transición. La primer familia permite un poco más de independencia y espacio a los hijos, aunque a la madre parece dificultársele más que a los otros miembros. A pesar de que la participación de los hijos es mayor en este momento -principalmente en el manejo del conflicto- los padres siguen conservando una mayor jerarquía que los hijos, siendo ellos quienes toman las decisiones finales en el momento en que no se puede llegar a un acuerdo. Por otro lado, en la familia G la dependencia e independencia es mucho más relativa. A pesar que se intenta darles mayores espacios de independencia, en otros momentos se les exige dependencia. Asimismo, al tratar de hacer frente a esta nueva etapa los padres toman la decisión de incluir a las hijas en el manejo de los conflictos, pero de una manera distinta a la otra familia, pues en este intento los padres pierden su jerarquía y autoridad, cediéndola, tal vez sin querer, a las hijas, lo que provoca mucha confusión y sobre todo falta de claridad en el momento en que no se llega a un acuerdo. En estos casos, no se sabe quien tomará la decisión, por lo que algunas veces lo hacen las hijas y otras el padre y la madre de manera separada, tomando cada quien una opción distinta como manera de resolver el conflicto. Esto provoca muchas veces nuevos conflictos y que el conflicto inicial no sea manejado, ni resuelto de una manera satisfactoria.

Con respecto a las razones, motivos o causas del conflicto, la familia G parece ajustarse un poco más a la teoría poniéndose de manifiesto el factor económico, la educación de los hijos, la falta de acuerdo acerca de los fines, metas, reglas y roles en el hogar, la mala comunicación y el tiempo compartido en familia como las principales causas. Al igual que en la familia G, en la familia R el tiempo compartido con la familia y las reglas familiares suelen ser los principales factores, sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la mayoría de las familias con el factor económico, para esta familia éste no representa un conflicto; si bien fue un problema que en determinado momento de la vida familiar debieron enfrentar y resolver, la economía familiar no llegó a ser motivo de conflicto.

Un factor que no vislumbramos en la teoría pero que se nos hace de suma importancia mencionar es la diferencia de los miembros de la familia con respecto al manejo del conflicto, en algún momento los autores mencionan como causas del conflicto las diferencias de personalidad, valores y creencias con respecto al problema, por lo que no se logra llegar a un acuerdo. Aquí, sin embargo, nos referimos no a las diferencias personales en cuanto al problema, sino a las diferencias en cuanto a cómo manejarlo y resolverlo. Estas diferencias con

respecto a la forma o estilo de manejar y resolver el conflicto se convierte muchas veces en nuevos conflictos, o en un conflicto permanente sobre cómo manejarlos.

## **Discusión**

Revisando los estilos de manejo mencionados por los distintos autores, consideramos que algunos de ellos como Killman y Thomas (1975), Fitzpatrick (1988) y Levinger y Pietromonaco (1989; citado en Díaz-Loving y Sánchez, 2000) clasifican los estilos tomando en cuenta la satisfacción de los propios objetivos o de los objetivos del otro y los estilos surgen de una mezcla de la búsqueda de esta satisfacción. Por otro lado, se encuentran otros (Strauss, 1979) que clasifican los estilos tomando en cuenta principalmente las acciones específicas que llevan a cabo los implicados en el conflicto. Por lo mismo, ambas formas de clasificación nos resultan insuficientes para explicar el manejo de conflictos en la familia, puesto que en éstos participan muchas personas. Por este motivo, resulta necesario tomarse en cuenta los objetivos de cada uno de los implicados, a la vez que las acciones específicas que cada miembro realiza son diferentes en muchas ocasiones.

Pensamos que una buena forma de poder analizar y definir los estilos de manejo de conflictos de la familia podría ser la unión de estas dos formas utilizando la forma de clasificación de los primeros autores como estilos y haciendo uso de la forma de los segundos para diferenciar los sub-estilos de manejo de conflicto dependiendo de las acciones concretas que se utilizan. Nuestra propuesta a este respecto sería realizar la integración de dichas propuestas que se señala en el Gráfico 2 “Propuesta Estilo de Manejo de Conflictos”.

Aunque estas categorías son sólo una propuesta inicial de la forma en que podrían estar subdivididos los estilos, consideramos que de esta manera sería más fácil identificar los estilos y acciones que utilizan cada uno de los miembros en el manejo de los conflictos, así como lograr la diferenciación de una evasión del conflicto por la ausencia de reconocimiento del mismo, por la búsqueda de posponerlo hasta un momento más adecuado o por simplemente retirarse de una situación amenazadora. Ya que son estilos y razones diferentes que ameritan en terapia acciones distintas. Asimismo, sería importante conocer dentro de un estilo de manejo, los sub-estilos utilizados por la familia, ya que dentro éste estilo que utiliza la familia, podrían explorarse en terapia otro tipo de acciones que les den mejor resultado. Nos queda claro además que las mismas familias utilizan diferentes estilos dependiendo de la situación, el

momento, el problema y quienes están involucrados, por lo que asumimos que gran parte del reto terapéutico sería, como lo proponen las terapias enfocadas en los recursos, encontrar esos estilos que ya les están dando resultado y fortalecerlos.

Una de las cosas que más nos sorprende de lo que encontramos en la presente investigación es el uso del humor que hace una de las familias. Consideramos que a diferencia de la otra, esta es una acción que les permite afrontar de manera más positiva y eficaz los conflictos que se les presentan. Sin embargo, como toda buena investigación, más que darnos respuestas nos deja con nuevas preguntas que en un futuro nos gustaría poder contestar, por ejemplo: ¿Cómo poder utilizar el humor en la terapia? ¿Es ésta una verdadera forma de manejar el conflicto? o ¿es más bien una forma de evadirlo?

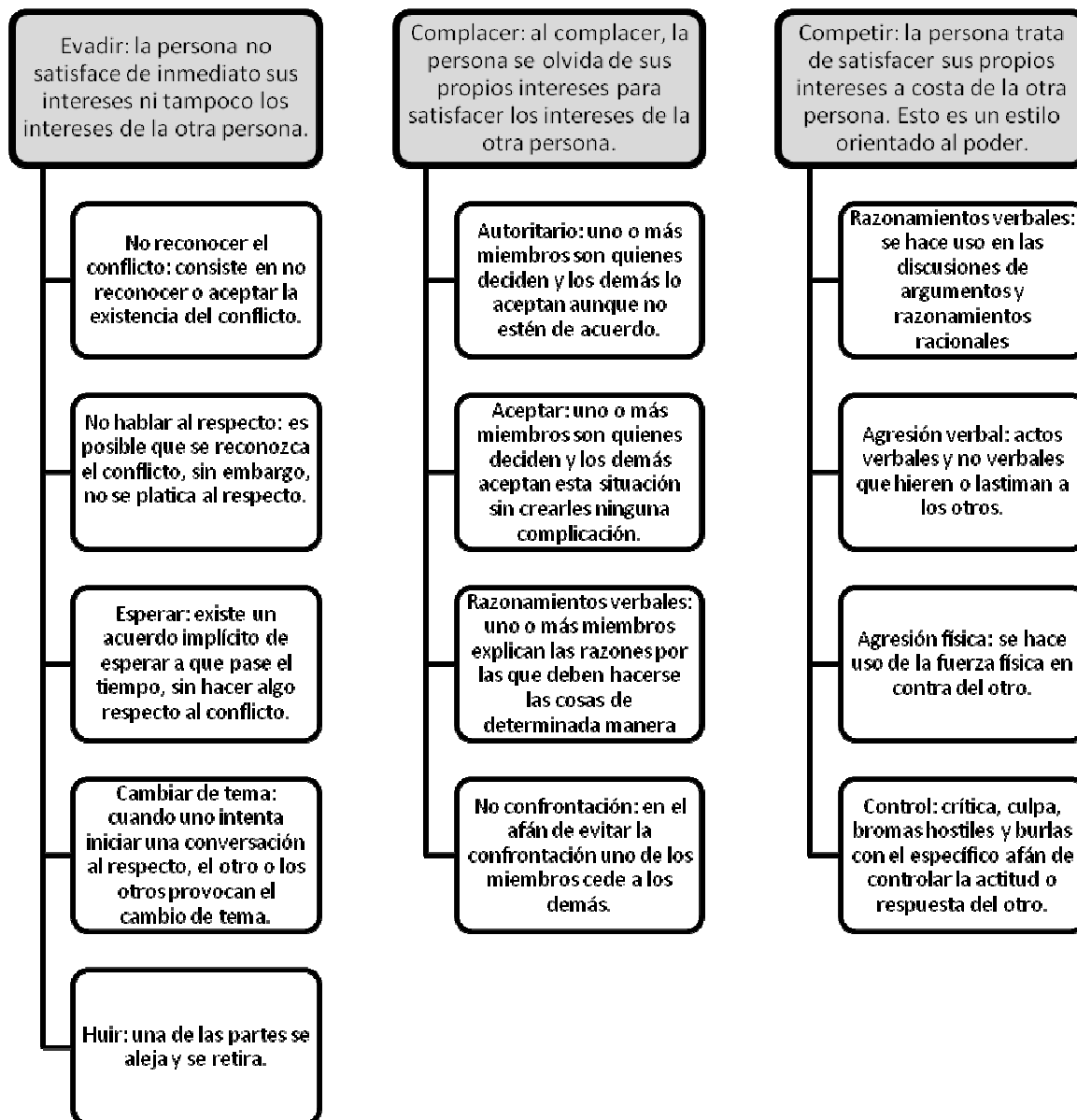


Grafico 2: Propuesta Estilo de Manejo de Conflictos

#### **4. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria.**

##### **4.1. Productos tecnológicos**

- A) **Películas:** uno de los productos elaborados consistió en el pasaje del formato VHS al formato DVD de varias películas relacionadas con la terapia familiar pertenecientes al acervo de la biblioteca de la facultad de Psicología. En el formato DVD el material se conservará en buen estado durante más tiempo, quedando disponible para las futuras generaciones de terapeutas familiares. Asimismo, se realizó la traducción del inglés al español de la película “MAD OR BAD?”, de Paul Watzlawick, entregando copia del documento a la responsable del Centro. El material será de suma utilidad para las distintas generaciones de estudiantes de esta maestría y para terapeutas familiares que deseen consultarlo.
- B) **Artículos:** se realizó la redacción de un artículo (Anexo V) publicado en la revista Espacio Abierto de la Universidad Tecnológica de Monterrey. El artículo se basa en el tema de prevención de violencia en el noviazgo, y se elaboró con el objetivo de sensibilizar a la comunidad educativa de dicho centro escolar (principalmente jóvenes) sobre los vínculos violentos que pueden establecerse en las relaciones de noviazgo.

##### **4.2. Programa de intervención comunitaria: taller “Amores que matan. ¿Un paso ADELANTE o un paso ATRÁS?”**

El taller se realizó en el Refugio “D”<sup>14</sup>, ubicado en la Colonia Doctores, durante el mes de abril y mayo del 2007. Tuvo una duración total de 10 horas, distribuidas en cuatro sesiones semanales, de dos horas y media cada una. El taller fue gratamente coordinado con una de mis compañeras de formación, Regina López Silva.

“D” es un refugio que alberga mujeres víctimas de violencia basada en género, que han tomado la decisión de terminar su relación de pareja. Las mujeres acuden al refugio principalmente canalizadas a través de otras instituciones, como el Instituto Nacional de las Mujeres, las Unidades de Atención y Prevención a la Violencia Familiar (UAPVIF), etc.

---

<sup>14</sup> Por la gravedad del tema, se conserva el anonimato de las mujeres que participaron del taller, así como del refugio que nos brindó la oportunidad de colaborar allí.

Se trabajó con un grupo conformado por 8 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 23 y 35 años. Cada una de ellas tenía entre dos y tres hijos. El tiempo de estadía en el refugio de cada una fue sumamente variable. Trabajamos con mujeres recién ingresadas y con otras que llevaban entre tres y seis meses allí.

El taller “Amores que matan” se sustentó en el reconocimiento de la violencia basada en género que -en sus diversas manifestaciones- ocasiona graves y variados problemas en el ámbito de la salud familiar y comunitaria, con costos individuales, familiares y sociales incalculables. También partimos de la base de que cuando una mujer realiza un proceso de revisión personal e identifica la dinámica de violencia que vive o ha vivido, se le facilita la toma de decisiones y la realización de acciones para incidir en la desarticulación de la violencia por medio de mecanismos que le permitan protegerse y proteger a los menores a su cargo.

Nuestra experiencia profesional, así como las opiniones de profesionales especializados en el tema, nos permitió reconocer que su tratamiento requiere de conocimientos específicos acerca de las construcciones culturales de autoridad, poder, las relaciones de género, etc. Por ello, trabajamos desde una perspectiva de género, que implica considerar el análisis de las relaciones sociales, los mecanismos socialmente contruidos y legitimados que garantizan la jerarquía entre los géneros y la desigualdad en la distribución del poder entre ellos.

Es desde allí desde donde realizamos esta propuesta alternativa para trabajar con mujeres víctimas de violencia. El taller fue de tipo vivencial y se incluyeron dinámicas y ejercicios para favorecer la reflexión y expresión de las participantes, en un espacio de contención y seguridad.

Se trabajó siguiendo estos ejes centrales: conceptos básicos de la violencia basada en género, obstáculos y recursos para terminar una relación violenta, empoderamiento y perspectivas a futuro. Los criterios para elegirlos tuvieron que ver principalmente con la demanda específica de las autoridades del albergue, quienes nos expresaron sus necesidades en un reunión previa al inicio del taller. Dicha reunión fungió para nosotras como un diagnóstico situacional, como un mapeo previo que nos permitió conocer cuáles eran las necesidades específicas de la institución. Además, nosotras incorporamos como objetivo central la prevención de “recaídas” (regreso a la relación violenta o establecimiento de futuras

relaciones siguiendo el mismo patrón), entendiéndolo como un tema novedoso y poco desarrollado en el ámbito de la violencia de género, que permitiría a las mujeres descubrir los recursos con los que cuentan para alejarse de manera definitiva de patrones de relación violenta.

En la parte metodológica, se crearon actividades específicas basadas en la terapia sistémica y el enfoque de género, pues consideramos que los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas se encuentran en gran parte determinadas por los micro y macro-sistemas en los que se desenvuelve el individuo, principalmente la familia, la comunidad y los contextos socio-económicos y culturales.

Además de estos enfoques, nos apoyamos fuertemente en otros métodos de trabajo con grupos humanos, como lo son el sociodrama y el psicodrama, haciendo uso de las diferentes técnicas y recursos que ambos utilizan.

Durante las cuatro sesiones, el desarrollo del taller fue fluido, contando con el compromiso y participación activa de las mujeres.

La primera sesión se enfocó a que las participantes pudieran reflexionar sobre las bases conceptuales de la violencia basada en género. Se inició trabajando con la definición de Violencia basada en Género, realizando una clara distinción entre lo que es el sexo y el género. Además, se construyeron las “recetas” de los machos y hembras versus hombres y mujeres enfatizando en que la receta de hombres y mujeres llevan ingredientes similares ya que obedecen a la equidad de género. En sub-grupos se analizó y reflexionó sobre los factores de riesgo y las tácticas de control que utilizan los hombres violentos. Todas estas actividades se realizaron buscando que se llevara a cabo un proceso auto-reflexivo que fuera ligado a su experiencia personal.

Durante la segunda sesión se realizó el trabajo con el Ciclo de la Violencia. Se hizo un trabajo con dramatizaciones, en el que las participantes armaron una escena representativa para cada una de las escenas del ciclo. Unido a esto, se llevó a cabo un trabajo psicodramático con cada una de las participantes. Cada una se ubicó en la etapa del ciclo en la que consideraba que se encontraba en ese momento y desde allí se indagaron los principales sentimientos involucrados, construyendo escenas representativas de los obstáculos principales



que las paralizaban. Identificados y representados dichos obstáculos, se incluyeron en la escena los principales recursos internos y externos de las mujeres para terminar la relación violenta. Fue una sesión intensa, pero de mucha utilidad ya que el foco principal se puso en los recursos.

Durante la tercera sesión, se profundizó el trabajo sobre los obstáculos y recursos (tanto internos como externos) de las participantes para terminar una relación violenta, a través de una dinámica llamada “El juicio”. En este juego de roles, las participantes asumieron posiciones extremas que debían defender frente a un jurado y juez. Algunas defendieron la idea de “terminar la relación violenta (un paso adelante)” y las otras tuvieron que dar argumentos para defender la idea de “continuar con la relación violenta (un paso atrás)”. La actividad despertó sentimientos fuertes en torno a ambas ideas y permitió consolidar los recursos de las participantes para tomar decisiones, concientes de sus consecuencias. Tomando al “amor propio” (autoestima) como un elemento clave para establecer nuevos tipos de relación, se realizó un ejercicio de autoestima, en el que las mujeres pudieron identificar sus fortalezas y sus debilidades, con el objetivo de realizar un profundo análisis personal de ambas.

En la cuarta sesión, se trabajó con los planes a futuro de las participantes, a través de las actividades “Mi álbum de recuerdos futuros”, “Haciendo mi sueño realidad” y el uso de esculturas. En los tres casos, se pusieron en juego aspectos diferentes para concretar las metas deseadas. El “álbum” fungió como disparador, favoreciendo un rico proceso de reflexión personal, imaginando un futuro deseado, involucrando distintas áreas. Las participantes se emocionaron al verse reflejadas en sus “fotos” y mostraron mucho interés en reparar su autoestima y la relación con sus hijos/as. La actividad “Haciendo mi sueño realidad” permitió concretar las metas imaginadas, definiendo todas las variables y estrategias involucradas en la consecución de un plan o proyecto de vida. Las esculturas se usaron al cierre de la sesión, para retomar los recursos personales con los que cuentan las mujeres para cambiar el curso de su vida, convirtiéndose en protagonistas de su propia historia.

Los resultados del presente taller fueron sumamente satisfactorios, ya que en la evaluación que se hizo, el 100% de las mujeres comentaron que el taller les había gustado muchísimo. Asimismo, consideraron que el taller les había sido de utilidad y que muchas cosas habían cambiado y/o podían cambiar a partir de esta experiencia, haciendo énfasis en que los principales aportes y cambios tenían que ver con sentir menos dolor, más amor propio, más

confianza en sí mismas, más seguridad y valor, mayor claridad de lo que desean en un futuro para sí mismas y sus hijos/as y de los recursos para lograr sus metas.

Aparte de lo evaluado por las participantes, las facilitadoras aprendimos muchísimo de esta experiencia y nos sentimos satisfechas con los logros alcanzados. Consideramos que fue un taller que permitió expresión, reflexión, empoderamiento y la realización de planes concretos que permitirán a las mujeres participantes tener mayor claridad y confianza en que pueden lograr lo que se propongan. Para nosotras, además, estas mujeres constituyen un ejemplo a seguir, una verdadera toma de conciencia de lo que implica vivir en contextos tan poco favorecidos. Personalmente, este taller me ayudó a reforzar mi gusto por el trabajo comunitario, grupal y me llevó a reflexionar sobre las formas de integrarlo a mi futura situación laboral.

#### **4.3. Participación y presentación de trabajos en foros académicos.**

##### **Ponencia en el X Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ciencia, Arte y Espiritualidad”.**

Participé como ponente en el X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano de Terapia Familiar “Ciencia, Arte y Espiritualidad”, realizado en la ciudad de Acapulco, con el trabajo titulado “Disfrutar los años que tengo por vivir ¿con o sin mi marido? Una mirada sistémica hacia una relación de pareja dispareja”. El congreso se llevó a cabo del 23 al 26 de Noviembre del 2006, en la Ciudad de Acapulco, Guerrero.

En la ponencia mencionada fue presentado uno de los casos atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, bajo el Modelo Estratégico y el Modelo de Terapia Breve, en coterapia con uno de mis compañeros, Luis Arturo Sirgo Cruz.

La paciente<sup>15</sup>, una mujer de 54 años, acude al Centro con el propósito de tomar decisiones concernientes a su relación de pareja.

Situada en una modalidad vincular dominada por el aislamiento, las diferencias individuales y la poca vida de pareja compartida, la paciente destaca su interés por descubrir nuevas formas de vivir sus últimos años de vida saludable (padece de riñon poliquístico) con menor sensación de malestar, mejorando la relación que ha mantenido con su esposo durante

---

<sup>15</sup> Este es uno de los casos integrados en el presente reporte.

mas de treinta años. O –como alternativa- pretende encontrar en el espacio terapéutico la fortaleza necesaria para tomar la decisión de optar por una vida sin su esposo. Su reto es importante: se niega a atenerse a un libreto antiguo, jugando mecánicamente ciertas modalidades vinculares, y defiende su necesidad de convertirse en protagonista de su propia historia, eligiendo de qué manera vivir.

En la presentación se incluyó el motivo de consulta, los antecedentes familiares y genograma, así como el objetivo general, el plan de tratamiento adoptado y los resultados. También se planteó la discusión teórica sobre la posibilidad de atender casos como éste (probablemente más cercano de una necesidad de “crecimiento personal” que a la resolución de un problema específico o conducta) utilizando el Modelo Estratégico y de Terapia Breve, señalando sus alcances y limitaciones.

Asimismo, paralelamente fue presentado por mi compañera Anel Gomez San Luis el trabajo “Prostitución infantil: un riesgo para familias en situación de pobreza y marginación”, del cual soy co-autora. Se mostraron los principales resultados obtenidos, así como los aspectos metodológicos más significativos de todo el proceso de la investigación.

El resultado de ambas ponencias ha sido positivo. Fue una experiencia enriquecedora y estimulante para la participación en futuros congresos y realmente pude percibir la importancia de estar presente en estos espacios de investigación e intercambio académico e institucional.

### **Asistencia a foros o actividades académicas**

Participé como asistente en el X Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ciencia, Arte y Espiritualidad”, asistiendo a varias conferencias organizadas en el marco del congreso. La posibilidad de conocer el trabajo de otros terapeutas familiares –gente por lo general con más experiencia que yo- constituyó una experiencia de enriquecimiento profesional y personal. Me pareció interesante, asimismo, conocer qué trabajos están haciendo los terapeutas familiares que no se han formado ni pertenecen a la UNAM, poder comprender las diferentes formaciones que se reciben en México, así como las diferentes miradas sobre los casos clínicos de las diferentes instituciones o profesionistas.

## **5. Habilidades de compromiso y ética profesional.**

En el ejercicio de nuestra profesión, como terapeutas familiares, resulta fundamental reflexionar sobre los múltiples elementos que influyen, desde el enfoque de la ética, durante la intervención terapéutica con familias, entendiendo que dichas reflexiones deben acompañar a un terapeuta familiar a lo largo de cada proceso psicoterapéutico.

Pensar en un código ético del psicólogo nos permite pensar en una guía que nos acompaña por un camino “ético” sobre el cual debemos basar nuestras actividades profesionales, sabiendo además que dichas actividades repercuten directamente en nuestra vida personal en numerosas instancias. Asimismo, considero que el código ético se convierte – en última instancia- en un modo de vida, en una forma de ver el mundo, dentro pero también fuera del consultorio.

Durante el año 1992, en la revista “psicologías en Buenos Aires” fue publicada una Declaración de los Derechos del Paciente en Psicoterapia (Peyru, 1992), elaborada por terapeutas, pacientes y otros trabajadores de la salud mental en el contexto del 40 aniversario de la declaración de los derechos humanos en las Naciones Unidas. Por ello, los puntos que se numeran en dicha declaración poseen como eje transversal el ejercicio de los derechos humanos básicos de las personas, y son consistentes con los postulados posmodernos para hacer terapia.

Destacan entre ellos:

1. Toda persona tiene derecho a recibir asistencia psicoterapéutica y a que esta se le brinde dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.
- 2.- Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que estas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.
- 3.- Todo paciente tiene derecho a ser informado que existen técnicas y otra metodología de trabajo, distintas a la que se propone el equipo tratante.
- 4.- Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento y a que sus aportes sean estimados con paridad con los del terapeuta.

- 5.- Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad.
- 6.- Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.
- 7.- Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el secreto profesional.
- 8.- Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo aquellas que se refieren a sus terapeutas.
- 9.- Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.
- 10.- Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente pero también a guardar silencio en aquellos momentos que comunicarse pudiera resultar humillante denigrante o peligroso.
- 11.- Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.
- 12.- Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy lo que puede ser cambiado.
- 13.- Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento sin ser por ello etiquetados ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.
- 14.- Todo paciente tiene derecho a recibir información diagnóstica y pronóstica, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.
- 15.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.
- 16.- Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón.
- 17.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustenten sus prácticas, a fin de descubrir si estas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados.

Así pues, observamos lo complejo del comportamiento ético de los profesionales de la salud mental, y la gran responsabilidad que se le adjudica a un terapeuta en relación al bienestar y respeto a los derechos humanos fundamentales de sus consultantes.

Congruente con los puntos señalados más arriba, en el contexto estadounidense, y haciendo alusión al código ético de la APA, se reconocen como principios básicos el perseguir en todo momento el beneficio del paciente, la fidelidad, responsabilidad e integridad de los psicólogos y un sentido de justicia muy desarrollado, en el cual el respeto por la dignidad y derechos humanos emerge como marco sustantivo para la práctica profesional.

En el contexto mexicano, la Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar promulga el siguiente Código de Ética, efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997 en que fue aprobado en asamblea. Destaca el concepto de responsabilidad hacia los pacientes, en tanto los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias, respetar sus derechos y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma adecuada. Se destaca la necesidad de hacer conciencia sobre la influencia que los terapeutas ejercen sobre los pacientes, a fines de evitar abusar de la confianza y dependencia de estas personas. Asimismo, por el encuadre particular que se usa en terapia familiar, se hace mención a la necesidad de contar con el consentimiento informado por parte de quienes consultan (de preferencia por escrito), antes de hacer uso de videos, grabaciones o equipo detrás del espejo bidireccional.

Otro elemento central y bien conocido, que posee implicaciones éticas en este campo, es la confidencialidad. Es sabido que nuestra profesión basa su trabajo en la información generalmente confidencial, reservada, íntima que nos es aportada en el contexto del proceso psicoterapéutico.

En este apartado creo que es relevante hablar de otro secreto que se potencializa en el tratamiento del grupo familiar: la información que nos es transmitida por uno o más miembros con el pedido expreso, de que otro o todo el resto de la familia no llegue a enterarse (solicitud que generalmente tratan de hacerla fuera de la sesión de psicoterapia o en una sesión individual). Ejemplos comunes son: un hijo adoptado, o producto de una infidelidad, estafas o manipulaciones al otro, etc.

Mi propia postura ética al respecto reside en un aspecto fundamental: co-construir con las personas que consultan la posibilidad de convertirse en protagonistas de su propia vida, responsables de sus decisiones, afectos, temores, deseos; responsables —en definitiva— del curso de su propia historia, validando el derecho a ser respetados y el compromiso al respeto

por el otro. Para ello, desde el encuadre inicial considero importante hacerle saber al grupo familiar que aquellas cuestiones que se comenten sin la presencia del otro y que pudieran comprometer su integridad o seguridad, deberán ser compartidas por quien cuenta el “secreto”, apoyado por el terapeuta si así lo requiriera, o el terapeuta mismo podrá optar por dar cuenta de la información, asegurando siempre el bienestar de cada uno de sus pacientes<sup>16</sup>.

Otro punto central en mi práctica clínica reside en la posibilidad de canalizar los casos que no puedo atender. Idealmente, cuando un terapeuta no puede ayudar a alguien en un tema específico, es decir, cuando el problema está fuera de su competencia, se sugiere la derivación del caso al profesional idóneo. En muchos casos –especialmente en países golpeados por crisis varias- se pone en juego la cuestión económica, pero también existen celos profesionales, cuestiones asociadas al ego y omnipotencia (“yo puedo con todo”). Es importante aquí recordar que cualquier acción irresponsable, por pequeña que parezca, impactará de alguna u otra forma en la vida de otra persona, el consultante.

Por último, considero central el mantener una postura horizontal entre las dos partes involucradas en un proceso terapéutico. Tengo claro que nadie es más experto en su propia vida que el propio paciente, por lo que el respeto profundo por su historia de vida, sus decisiones, elecciones, afectos, temores, deseos, etc. constituye para mí una postura fundamental a la hora de trabajar con personas en un consultorio o en grupos miembros de la comunidad en general.

---

<sup>16</sup> Al respecto, el Código de Ética promulgado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997), menciona que los terapeutas no podrán hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes excepto en los siguientes casos: (a) si lo determina la ley, (b) para prevenir daño a una o varias personas, (c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinarias que surgieran a raíz de la terapia (dado el caso, podrán revelarse las confidencias del paciente solamente en lo que se refiere a esa acción), o (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad, la información podrá revelarse de acuerdo a los términos que señale la dispensa.

## IV. CONSIDERACIONES FINALES

### 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Entre las habilidades y competencias profesionales adquiridas y desarrolladas a lo largo de mi formación como alumna de esta maestría, destacan:

**Habilidades teórico conceptuales:** siempre tuve la idea de que -en las diferentes etapas de la vida- uno aprende de diferentes maneras, lee distinto, se apropia de los conceptos en formas sumamente disímiles. El paso por esta formación me permitió – como nunca antes- confirmar esta creencia. Me encontré a mi misma aprendiendo a leer de nuevo, leyendo con nuevos lentes, con miradas múltiples, variadas, y apropiándome de aspectos teórico conceptuales que me permitieron analizar críticamente la realidad, desde una postura de respeto profundo a las diversas realidades. Porque, sin duda alguna, los conceptos, las teorías, solo son eso: construcciones válidas para un momento dado que nos permiten recortar la realidad de alguna forma, aprehenderla, cuestionarla, quererla, validarla, hacerla legítima. En ese sentido, desarrollar esta habilidad me permitió acercarme a los distintos modelos terapéuticos desde una visión sumamente curiosa pero al mismo tiempo crítica y cuestionadora.

**Habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento:** llevar a cabo todos aquellos elementos que forman parte de un proceso terapéutico no es tarea sencilla. Sin duda alguna, hay cierto grado de estilo personal específico, que es aquello con lo que uno llega, aquello que forma parte de su acervo personal y que pone en práctica a la hora de conducir las sesiones. Por otra parte, el haber participado de una instancia formativa como esta, me permitió apropiarme de herramientas clínicas sustantivas, como por ejemplo, la capacidad para establecer alianzas terapéuticas sólidas que garanticen la adherencia terapéutica, pesquisar el motivo de consulta de la familia, construir objetivos terapéuticos junto a los pacientes, establecer estrategias orientadas al cambio, detectar lados fuertes de los consultantes, plantear hipótesis sistémicas desde la idea de circularidad y utilizar las estrategias y métodos de trabajo de los diferentes modelos sistémicos y posmodernos. Por otra parte, fue importante la implementación de los mecanismos necesarios para ejercer el trabajo en co-terapia de manera eficaz, armónica y responsable, así como encontrar caminos viables para formar parte de un equipo



terapéutico propositivo y útil. Por último, se diseñó un instrumento para conocer el estilo de manejo de conflictos en un grupo familiar, herramienta sumamente útil que brinda información complementaria al proceso terapéutico.

**Habilidades de investigación y enseñanza:** ingresar al mundo de la investigación constituyó un gran reto para mí. Mi formación a nivel licenciatura, en el contexto bonaerense, poco tuvo que ver con el desarrollo de esta habilidad. Durante mis dos años de formación en la UNAM, aprendí principalmente a entender y valorar el lugar de la investigación en el campo de la psicología, a pensar en términos de hipótesis y variables, a generar preguntas científicas para dar cuenta de las diversas problemáticas psicosociales y a plantear y desarrollar un diseño de investigación para dar respuesta a estos interrogantes. Asimismo, la dinámica de las clases tomadas, me permitió apropiarme de un modelo de enseñanza dinámico, crítico y constructivo, que utilizo en mis labores docentes actuales.

**Habilidades de prevención:** consolidé un área de trabajo que siempre había sido significativa para mí: la prevención, desde el ámbito de intervención comunitaria. El trabajo con grupos humanos, con vistas a prevenir alguna problemática social, representa un campo de trabajo sustantivo y esencial. Durante mi formación en esta maestría, pude fortalecer habilidades previas, diseñando un programa de intervención comunitaria, en un tema de alta relevancia social, como es la violencia basada en género, implementarlo y evaluarlo de acuerdo a los resultados y retroalimentación recibida por parte de las usuarias del mismo. Confirmé mi gusto por el trabajo con grupos humanos y me reencontré con aspectos creativos propios para dicho trabajo, que hacía tiempo que no ponía en juego.

**Ética y compromiso social:** respeto, aceptación, confidencialidad, curiosidad genuina y un alto compromiso hacia las familias atendidas y sus problemáticas formaron parte del repertorio de valores y actitudes desarrollados durante esta formación. También aprendí a pedir apoyo cuando fue necesario y a valorar las múltiples visiones que ofrece el trabajo en equipo. Fue significativo poder iniciar un proceso de autocrítica y evaluación de mi quehacer como psicóloga, replanteándome viejas formas de trabajo, de concebir el proceso terapéutico y el rol del psicólogo. Fueron también importantes las actitudes que todos y todas tuvimos que poner en juego para lograr un trabajo en equipo

armonioso, sólido y –fundamentalmente- respetuoso e incluyente de los múltiples puntos de vista del grupo. Es relevante mencionar que -más que nunca- aquellas cuestiones relativas a mi quehacer profesional, permearon en mi vida personal en forma contundente y valiosa, haciendome crecer como persona, como mamá, como pareja, como miembro de mi familia y comunidad.

## **2. Incidencia en el campo psicosocial**

A partir de esta experiencia, puedo pensar en diferentes ámbitos en los que ha incidido el trabajo realizado durante la residencia en terapia familiar. Considero que uno de los ámbitos privilegiados ha sido el de la violencia familiar y violencia basada en género, problemática que se presentó en la mayor parte de los casos atendidos<sup>17</sup> y que constituye un problema social que particularmente me llama la atención. Para ello, fueron importantes las siguientes acciones:

-La atención directa o indirecta (como parte del equipo terapéutico) de casos cuya temática principal consistía en el maltrato recibido por una de las partes, generalmente mujeres y/o niños, ubicados en una clara situación de vulnerabilidad respecto a otros (generalmente, los hombres de la familia).

-El diseño de un taller con mujeres víctimas de violencia basada en género, basado particularmente en la prevención de recaídas, identificando obstáculos y recursos para abandonar una relación violenta.

-La elaboración de un artículo sobre la violencia que se presenta desde las etapas tempranas de las relaciones que se establecen entre jóvenes (violencia en el noviazgo).

-La presentación en el X Congreso de Terapia Familiar de un caso clínico en el cual la violencia de género constituía una problemática central.

-El diseño de dos investigaciones, una de ellas sobre prostitución infantil y la otra sobre el estilo de manejo de conflictos a nivel familiar. En ambos casos, el material fue analizado tomando en cuenta la perspectiva de género como eje para determinar muchas de las

---

<sup>17</sup> La problemática mencionada se presentó en 25 de los 34 casos atendidos por mi generación a lo largo de los 3 semestres en los que tuvimos la posibilidad de dar atención a los casos que llegaban a las diferentes sedes de la residencia.

injusticias cometidas contra los miembros más débiles de un grupo familiar o en una comunidad.

En general, podemos pensar que familias, parejas e individuos se vieron beneficiados por el trabajo realizado en las diferentes sedes mencionadas anteriormente, a partir de los diversos métodos de atención, estilos terapéuticos personales y modelos utilizados.

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

Haber tenido la oportunidad de realizar esta maestría ha generado, sin duda alguna, un fuerte impacto en mí, tanto a nivel profesional como a nivel personal. Aprender rodeado de pares torna el aprendizaje en algo sumamente significativo, siempre sujeto a múltiples cuestionamientos, a múltiples miradas. Me llevo a cada uno de mis compañeros, interiorizado, y los convoco a menudo en mi práctica cotidiana, para poder ampliar y enriquecer el panorama de muchos de los casos que atiendo o –incluso- de muchas situaciones personales que se me presentan.

Durante esta experiencia de formación, tuve la oportunidad de ser terapeuta en algunos casos (ya sea sola o en coterapia) y también de participar como miembro del equipo terapéutico en los casos atendidos por mis compañeros y compañeras. La experiencia de trabajar en México con un equipo tan numeroso detrás del espejo de la cámara será, seguramente, irrepetible, única, difícil de replicar. Y, sin duda alguna, ha dejado en mí muchos aprendizajes y experiencias de enriquecimiento personal y profesional.

Como miembro del equipo, trabajar conjuntamente del otro lado del espejo me permitió aprender a hablar para ser escuchada. Fue importante para mí entender la gran diferencia en la percepción de lo que ocurre con una familia estando dentro o fuera del consultorio y aprender a transmitir mis ideas y sentimientos al terapeuta, encontrando la manera adecuada para expresar mis pensamientos y sentimientos, sin dañar al otro, pero pensando a la familia como beneficiarios principales. No siempre fue fácil expresar y recibir críticas en forma constructiva, pero considero que con el paso del tiempo todos y todas fuimos acomodándonos y aprendiendo a comunicarnos en forma más efectiva y afectiva.

Como terapeuta, la retroalimentación del equipo detrás del espejo me fue de mucha utilidad en la mayor parte de los casos, abriendo un abanico de opciones, de miradas, de discursos, que difícilmente podrían haberse producido dialogando conmigo misma únicamente. Me llevo de esta experiencia las voces de mis compañeros, ahora internalizadas, que me acompañan en cada nuevo proceso terapéutico. Así, puedo estar con un paciente y preguntarme “¿Qué diría Regina ante esto que escucho?” “¿Qué metáfora útil usaría Manuel con esta familia?” ¿“Cómo lo vería Arturo?”. En líneas generales -y más allá de los enfoques con los que cada quien se sintió más cómodo trabajando- cada uno de nosotros tuvo una teoría personal diferente, una lectura de la realidad diferente, que nos permitió entender los problemas humanos también de forma sumamente distinta. Cada uno estuvo parado desde lugares distintos, cosmovisiones complementarias, que, en lugar de obturar sentidos, los abrieron, los multiplicaron, y me permitieron enriquecerme personal y profesionalmente.

Es cierto también que siempre existen discrepancias entre los miembros de un equipo de trabajo, que en el caso de que sea de terapia, si estas no se trabajan dentro de la supervisión pueden revertirse al seno de las sesiones y dañar intensamente el curso de un proceso psicoterapéutico. Más que las diferencias objetivas entre los coterapeutas, lo que influye es el manejo que se haga de ellas. Resalta la importancia del uso que hacen de su propia personalidad como “herramienta” de trabajo y el control que esta le permita de sus relaciones interpersonales. Por mi estilo personal, suele parecerme muy útil que me digan las cosas directamente, sin muchas vueltas, por lo que me sirvieron mucho los comentarios que iban dirigidos a mejorar mi trabajo con los pacientes, a mostrarme mis puntos de ceguera, especialmente aquellos que me mostraron mejores maneras de ayudar a las familias que acuden a consulta.

Algo que considero provechoso fue la creación de un formato de supervisión que utilizamos durante gran parte de los casos. Mas allá de la riqueza de los comentarios de la pre, inter. y post sesión, se brindó la oportunidad de recibir retroalimentación por escrito de cada caso, tomando en cuenta diversos aspectos (técnicas usadas, alianza terapéutica, por ejemplo), con lo que nos garantizamos una devolución por escrito muy completa de lo que sucedía con los pacientes.

Otro acierto importante lo constituyeron las familias simuladas o role-playings que realizamos en muchas clases. Poder congelar una sesión para detenerse a discutir el viaje

interno del terapeuta y de quienes lo acompañan, me parece un privilegio que no se da con frecuencia en la vida real. Brindan un conocimiento más profundo y preciso del estilo del trabajo personal como terapeuta y permite afirmar, descubrir y explotar virtudes, así como descubrir debilidades (o áreas de oportunidad) para mejorarlas. En algunos de ellos, incluso, trabajamos con las familias de origen de los terapeutas, experiencias por demás oportunas, que serán comentadas más adelante. Trabajar con la persona del terapeuta ocupó cierto espacio durante la formación, aunque considero que debería hacerse más énfasis en este aspecto.

El lugar de los supervisores como parte del equipo requiere un espacio aparte. Tuvimos el privilegio de contar con destacados terapeutas familiares, cuyos estilos variaron enormemente. Como impresión general, me llevo mucho aprendizaje de gran parte del equipo docente; en general, me brindó mucha seguridad saberme supervisada en vivo por personas con un largo camino andado en el campo de los modelos sistémicos y posmodernos. Sin embargo, no quiero dejar de mencionar los aspectos que –en mi opinión– podrían mejorarse.

En términos generales, podría distinguir entre tres tipos de supervisión:

- 1) **Directiva, vertical:** donde se nos decía qué hacer, de qué manera, ya sea a través del uso constante del teléfono o en la intersesión. El supervisor o supervisora guiaba el proceso a tal grado que, incluso, la sesión se cerraba con discursos parafraseados de las ideas exactas de él o ella.
- 2) **Horizontal:** se nos permitió experimentar, tomar más decisiones, contando con el apoyo del supervisor como colaborador, como guía y apoyo. Los comentarios de retroalimentación (casi siempre muy inteligentes, sensibles y sensatos) se mencionaban a modo de sugerencia, dejando la última decisión al terapeuta, respetando y validando su lugar frente al caso.
- 3) **Fantasma:** No hubo guía, ni dirección, ni colaboración. En ocasiones, incluso, ni siquiera hubo presencia. En estos casos, el equipo de pares (los compañeros y compañeras) emergió como un pilar importante donde apoyarnos, ante la ausencia de un supervisor o supervisora. Fueron pocos los casos, sin duda alguna, pero para mí fue el peor modelo de supervisión de todos.

Resulta evidente que el estilo que yo denominé “horizontal” es el que mejor se adecuó a mi propia forma de trabajo y a mi cosmovisión acerca de lo que implican las relaciones

humanas en cualquier contexto. Me parece que esta postura permite establecer un buen vínculo entre supervisor-alumno, basado en un diálogo abierto y permanente acerca del caso, pero también acerca de la persona del terapeuta.

Otro aspecto que me hubiera gustado trabajar más tiene que ver con la práctica clínica de los modelos revisados a nivel teórico-conceptual. Considero que no se hace demasiado énfasis en que nos pongamos el “disfraz” de cada modelo, es decir, que ejerzamos el rol de terapeuta desde el modelo bajo el cual estamos siendo supervisados. En muchas ocasiones, los procesos terapéuticos se limitaron a que cada quien hiciera lo que ya sabía hacer, sin poner en práctica el modelo pertinente. Entendiendo que cada caso tiene necesidades que muchas veces no se adaptan a los modelos, pero también pienso que nos perdemos de la oportunidad de probar cómo nos sentimos trabajando desde un enfoque u otro, usando determinadas técnicas u otras, determinada postura terapéutica u otra. Para mi, en una instancia de formación como lo es la maestría, resulta fundamental aprovechar la oportunidad de probar nuevos roles para tener mayor claridad sobre mis preferencias, aquellos enfoques que más sentido nos hagan, que se acomoden mejor a nosotros, etc.

Por último, me fue especialmente significativa la oportunidad de no sólo hacer clínica, sino también investigación. Para alguien como yo, con poca experiencia en este campo, implementar dos proyectos completos constituyó un gran desafío, que dejó sólidos aprendizajes en mi pero que, fundamentalmente, contribuyó a hacer mas pequeña la brecha que yo imaginaba entre la práctica clínica y la investigación.

Entonces, en general, la evaluación de todo el proceso es altamente satisfactoria y sería muy difícil desmenuzar cada elemento, para evaluar su aporte. Sin embargo, creo que vale la pena resaltar aspectos que aprendí o reaprendí durante estos dos años, y que me llevo como ejes importantes para mi trabajo profesional y para mi vida personal:

**-El trabajo con las emociones:** adhiero firmemente a aquellas posturas que propician la incorporación de las emociones como parte central de un proceso terapéutico. He visto como, al hacer contacto con los sentimientos que un paciente o grupo familiar trae, (asi como con los del propio terapeuta) generalmente se enriquece el trabajo, se destraban embrollos que desde lo cognitivo parecían no tener salida, y se logra una alianza terapéutica mucho más sólida. Se que esto no es una decisión unipersonal, sino

que también depende del estilo de cada integrante de la familia, de sus posibilidades y deseos, pero creo que –en mi práctica cotidiana- gran parte de las veces procuro introducir las emociones como elementos sustantivos de trabajo.

**-El trabajo con la persona del terapeuta:** la tarea terapéutica, apasionante sin duda, nos expone cotidianamente a interacciones que están teñidas de fuertes dosis de angustia, violencia, caos, desesperanza, etc., y no siempre es posible dar una respuesta rápida y eficiente a estos elementos. Por lo tanto una de las prácticas que me parecen necesarias consiste en dirigir la mirada hacia nosotros mismos, recordando que somos nuestro instrumento de trabajo. Esta acción, lejos de desatender la práctica clínica, contribuye a aumentar su calidad. Es decir, resulta indispensable el cuidado del terapeuta para que éste pueda cuidar; las personas que cuidan a otros deben y merecen ser cuidadas pero –especialmente- deben ejercer prácticas de autocuidado eficaces y respetuosas de sus necesidades.

**-Relaciones horizontales terapeuta/clientes:** me hace mucho sentido la posición planteada desde los modelos posmodernos acerca de la relación paciente-terapeuta. En el intento de suprimir el juego de poderes descansa una concepción no solo teórica sino ideológica que permite establecer un vínculo sólido entre ambas partes y un diálogo más cómodo, afectivo y, probablemente, efectivo. La conversación terapéutica simétrica y horizontal rompe con ideas muy fuertes de otros enfoques, en donde se supone que los terapeutas estamos jerárquicamente posicionados en un lugar diferente, de mayor autoridad, de expertos teñidos con cierta omnipotencia profesional. Es difícil en México - en donde los pacientes depositan todo el poder en los terapeutas- hacer caer el disfraz del terapeuta todopoderoso que hace de sus mágicas intervenciones mitos de curación incuestionables que dominan el escenario de la terapia. Sin embargo, considero que en el corto plazo todos aquellos involucrados en un proceso psicoterapéutico, descubriremos los grandes beneficios de confiar en que absolutamente nadie es más experto en la vida del paciente, que el paciente mismo.

**-Hablar el idioma del cliente:** relacionado con el punto anterior, encontramos a un terapeuta que observa, escucha, intenta comprender el universo de significaciones en el que se desarrolla la problemática familiar. Se acerca curioso, intentando hablar el idioma que la familia habla, para gestar una red de interacción nutrida que favorezca el proceso

terapéutico. Danza, con cada uno de los integrantes, sabiendo que en cada movimiento una nueva figura se dibuja en el aire, nuevas configuraciones emergen y pautas de interacción mas esperanzadoras pueden empezar a crearse.

**-Pensar sistémicamente:** sin duda alguna, los lentes sistémicos me hacen mucho sentido. No pensar en sistema implica –consecuentemente- pensar en forma de causa-efecto, en verdades absolutas, en realidades universales. Pensar sistémicamente propicia el encuentro con patrones, relaciones, con hipótesis acerca de cómo la gente se conecta entre sí y también un alto respeto hacia su forma de ver las cosas. Es entender que yo no se cuál es el sistema correcto, que cada familia llega con su propia historia, significados, etc., que deben ser tomados con respeto y curiosidad por parte del profesional que los acompañará en las decisiones que tomen para su vida.

**-Terapeutas creativos:** finalmente, en relación al proceso de formación, considero que debe entenderse como un aprendizaje dinámico que amalgame epistemología, teoría, técnica y práctica de manera recursiva. Pero, especialmente, la formación, que es un proceso permanente y continuo, debe propiciar la puesta en juego de la creatividad del terapeuta, respetando su estilo pero favoreciendo la adquisición de nuevas herramientas y recursos que incrementen la eficacia de sus intervenciones. Como fue mencionado a lo largo de este documento, la psicoterapia, por supuesto, implica, entre otras cosas, ética y responsabilidad, formación y capacitación, conocimiento de la teoría, experiencia clínica pero por sobre todas las cosas, una gran dosis de creatividad.

Por otro lado, respecto a la experiencia vivida, hay aspectos que considero necesarios reforzar. Por ejemplo, considero que no se hace el suficiente énfasis en la atención de problemáticas específicas, con modelos específicos de intervención. Por ejemplo, en el ámbito de la violencia familiar existen métodos de trabajo puntuales para atender dicho problema, sin embargo, el programa de maestría no contempla su adquisición o desarrollo, tampoco están dentro del plan de estudios, a pesar de ser una de las problemáticas más frecuentes con las que nos enfrentamos los terapeutas en lo cotidiano. Lo mismo sucede con otros problemas psicosociales graves, como el abuso sexual infantil, para el que existen también métodos de intervención específicos (y con resultados eficaces) pero que no son contemplados desde los planes de estudio de la maestría.



Asimismo, Género y Derechos Humanos (ambos conceptos centrales en muchas disciplinas) no son considerados como ejes transversales de la práctica clínica de un terapeuta familiar, cuando –desde mi punto de vista- son determinantes para explicar muchas de las cuestiones que acontecen al interior de un grupo familiar y de la sociedad en su totalidad.

Tengo claro que también forma parte de nuestra tarea como alumnos el responsabilizarnos por cubrir esas áreas, investigando y formándonos en aquellas cuestiones que se van presentando como necesarias en la práctica clínica. Gran parte de mi trabajo durante el período de formación, fue encaminado directamente a cubrir dichos aspectos.

Más allá de estos planteos, trabajar siendo supervisada en vivo constituyó un proceso en el cual la práctica y la teoría se fueron amalgamando e influyendo mutua y circularmente. Fue una oportunidad privilegiada para ayudar a otros en una zona protegida, resguardada, donde se fomentó mi capacidad para practicar, ejercer el rol de terapeuta, usar técnicas, recursos variados, cambiar mi mirada y descubrir formas cómodas de ayudar a otros. El grupo y el supervisor o supervisora fueron mi red de seguridad y contención en la increíble aventura de entrar, por un rato, en la vida de otras familias.

#### **4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo**

Como profesionalista del campo de la salud mental, haber descubierto la epistemología sistémica me permitió encontrar un lenguaje que me hace mucho sentido; un lenguaje con el cual acuerdo, una manera de mirar el mundo y las problemáticas humanas que resulta congruente con mis ideas y prácticas, tanto profesionales como personales. Fue para mí también un giro epistemológico importante, puesto que mi formación (y, consecuentemente, mi forma de conceptualizar y hacer terapia) estaban fuertemente ligadas al enfoque psicoanalítico aprendido en el contexto bonaerense. Aprendí a pensar en términos de sistemas y, fundamentalmente, la entrada al mundo de los enfoques posmodernos fue un grato encuentro con una nueva forma de hacer terapia.

En mi ámbito laboral, he logrado consolidar una forma de hacer terapia, aunque tengo claro que es algo que se encuentra todavía (y probablemente lo esté siempre) en proceso de construcción, de cuestionamientos, de ajustes varios. Por otro lado, el ámbito de intervención

comunitaria constituye una de mis actividades laborales principales, atendiendo no sólo familias sino otros grupos más grandes (comunidades educativas, por ejemplo), corriendo el foco a contextos más amplios, donde la prevención, atención y capacitación resulta esencial para lograr cambios sociales profundos. Finalmente, sin las herramientas metodológicas para llevar a cabo una investigación, desarrolladas durante la maestría, no me sería posible coordinar el proyecto de investigación sobre violencia escolar que se encuentra implementando la Secretaría de Educación del Distrito Federal.

Sin duda alguna, los elementos señalados anteriormente son importantes; constituyen logros que se deben en buena medida al trabajo realizado en la UNAM. Sin embargo, el principal impacto de estos dos años de formación ha sido en mi persona. He aprendido a hablar y a escuchar en forma diferente, he incorporado valores y actitudes ligados al respeto por la multiplicidad de puntos de vista, por las diversas realidades que construimos los seres humanos, desde una sólida postura ética y un alto grado de compromiso hacia las historias de vida que las personas nos contamos en lo cotidiano. He tenido la oportunidad de sentirme afortunada por la vida que decido vivir, por la familia que decido formar y por las decisiones laborales que puedo ir tomando con el paso del tiempo. Y, principalmente, me llevo en forma muy especial, a los nueve restantes integrantes de mi generación. Sin ellos, sin sus preguntas, cuestionamientos, amores y desamores, seguramente la historia tendría otro final.

## V. REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1997). Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Disponible en internet en [http://amtf.com.mx/index.php?page=C\\_digo\\_tico](http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico). Descargado el 10 de diciembre de 2007.
- Badinter, E. (1986). *L'un est l'autre*, Paris: Odile Jacob.
- Baños, R., Botella, C., Alcañiz, M., Guillén, V., García-Palacio, A., Quero, S. (2005). *La Utilización De Las Nuevas Tecnologías Para El Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Violencia De Género: "El Mundo De Emma"*. España: Universidad de Valencia.
- Bateson, G. (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Bateson, G. (1979) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G., Jackson, J. y Weakland J (1956). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. En Jackson, D (comp.) *Comunicación, familia y matrimonio* Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Bernis, C., R. López, C. Prado y J. Sebastián (2001), *XIII Jornadas de investigación Interdisciplinarias. Salud y Género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*, Capítulo II: Violencia y Maltrato, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Bonino, L. (2000). Las microviolencias y sus efectos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (VIII), 221-233.
- Boulding, K. (1973). *La Economía del Amor y del Temor*. Madrid: Alianza.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cahn, D. (1990) *Intimates in Conflict: A research view*. En D.Cahn (Ed) *Intimates in conflict: A communication perspective*. 1-22. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Castro, Roberto, Florinda Riquer et al. (2006), *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, 2ª edición, México: INMUJERES-CRIM.
- Ceberio, M. (2006). *La construcción del universo: conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Madrid: Herder.

- Cecchin, G. (1996). *Los prejuicios sistémicos*. Recuperado el 8 de diciembre de 2005 de [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar)
- Christensen, A. y Shenk, J. (1991). Communication conflict and psychological distance in nondistressed, clinic and divorcing couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (3), 458-463.
- Colotla, V. y Urra, M. (2006). *Semblanzas bibliográficas de los fundadores de la sociedad Interamericana de Psicología*. Revista Interamericana de Psicología. Vol 40. No. 3. pp 377 384
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- Dabas, E. (2003). *¿Quién sostiene a las familias que sostienen a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria*. Recuperado el 8 de diciembre 2005 de [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar)
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York: W W Norton & Co Inc.
- De Shazer S. y Berg, I. (1992). *Haciendo terapia: una revisión post-estructural*. Año 8 # 2 agosto 1992
- Díaz-Loving, R y Sánchez, R. (2002). *Psicología del Amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Eguiluz, L. (Ed.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaim, M. (1994). *La terapia familiar en transformación*. España: Paidós.
- End Child Prostitution, Child Pornography and the Trafficking of Children for Sexual Purposes. (2001). *Algunas preguntas sobre la explotación sexual comercial de la niñez, y sus respuestas*. ECPAT International.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (2006). DIF México. Recuperado el 7 de febrero de 2007 de <http://www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>.
- Espacios de Desarrollo Integral A.C. (2005). *Prostitución no con nuestros niños. La acción comunitaria como estrategia de prevención de prostitución infantil*. México: Plaza y Valdés, EDIAC, ECPAT y ONLUS NOVA.
- Estrada, L. (1997). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Grijalbo
- Falicov, C. (1998). *Multiculturalidad y maltrato infantil. La terapia familiar aplicada a la multiculturalidad*. Recuperado el 8 de diciembre 2005 de [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar)
- Fernández, V. (1981). *Psicoterapia estratégica. Procedimientos*. México: Ducere.

- Flores, F. (2001). *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. México: UNAM.
- Fisch, R., P., Weakland, J., Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. y Roshman, B. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Fitzpatrick, M. (1988). *Between husband and wives: communication in marriage*. USA: Sage Publication.
- Galtung, J. (2004). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Bakeaz.
- Gergen, K. (2005). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. y Mc Namee, Sh. (1992). *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Heise L, (1994) *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*, D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez (comp.) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). *Numeralia (México en cifras)*. Recuperado el 10 de diciembre de 2005 de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/>
- Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Killman, R. y Thomas, K. (1975). Interpersonal conflict handling behavior as reflections of Jungian personality dimensions. *Psychological Reports*, 37, 971-980.
- Limón Arce, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Lipchik, E. (2005). *Terapia centrada en la solución más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lorente, M. (2003). Lo normal de lo anormal: raíces y frutos de la violencia contra las mujeres”, en Fundación Seminario de Investigación para la Paz (ed.) *Pacificar violencias cotidianas*, Zaragoza: Departamento de Cultura, Gobierno de Aragón.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Magallón, C. (2003). *Compartir el cuidado, compartir la autoridad: hacia una cultura del respeto entre hombres y mujeres*, en Fundación Seminario de Investigación para la Paz (ed.) *Pacificar violencias cotidianas*, Zaragoza,: Departamento de Cultura.
- Magallón, C. La plusvalía afectiva o la necesidad de que los varones cambien (1991). *En Pie de Paz*, nº 17, Barcelona, 1991, p.10.
- Maldonado, I. (2003). *Violencia Familiar en México: Experiencias en su prevención y tratamiento*. Recuperado el 8 de diciembre de 2005 de [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar)
- Maturana, H. (1984). *El árbol del conocimiento*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Miedzian, M. (1995). *Chicos son, hombres serán. Cómo romper los lazos entre masculinidad y violencia*. Madrid: Horas y Horas.
- Milanese, E., Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia. Una propuesta comunitaria*. México: CAFAC, Plaza y Valdés.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Rosman, B., et al. (1967). *Families of the slums. An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1996). *Es mucho mas complicado*. Recuperado el 10 de diciembre de [www.redsistemica.com](http://www.redsistemica.com)
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoque en Terapia Familiar Sistémica*, Barcelona: Herder.
- O’Hanlon, W. y Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web. Brief, respectful, solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- O’Hanlon, W. y Weiner, M. (1993). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Explotación sexual comercial infantil. Paquete básico*. México, Procuraduría general de la república, Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia y Secretaría del trabajo y previsión social.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. México: OIT, IPEC, PGR, DIF y STPS.
- Papp, P. (1991). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.

- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *En Family Process*. 21-3. pp. 267-280.
- Perrone, R. Nannini, M. (2000). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia*. Barcelona: Paidós.
- Peyru, G. y Brusca, J. (1992). *Los derechos de los pacientes en psicoterapia*. Revista Psicologías en Buenos Aires. Año 1 N°4, Marzo.
- Ramírez, A. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México: Pax.
- Rubin, J., Pruitt, D. y Kim, S. (1994). *Social conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: McGraw Hill
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Selvini-Palazzolli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). *Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the sesión*. *Family Process* 19, 1, 3-12.
- Selvini-Palazzolli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Prata, G. (1990). Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós.
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. y Cook, S. (1976). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF (2002). *Publicaciones electrónicas*. Recuperado el 10 de enero de 2006 de [www.dif.gob.mx](http://www.dif.gob.mx)
- Slusky, C. (1994). Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general. en: Freíd Schnitman, Dora. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós.
- Stierlin, H., Wynne, L., Simon, F. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Souza, M. (1996). *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México: Manual Moderno.
- Strauss, M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-89.
- Sugiyama, M. Vargas, B. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrúa.
- Taylor, S., Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thibault, O. (1972). *La Pareja*. Madrid: Ediciones Guadamarra.
- Thomas, E. (1976). *Marital Communication and decision making*. USA: The Free Press.

- Turner, L. y West, R. (2002). *Perspectives on Family Communication*. USA: McGraw Hill.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wainstein, M. (1999). *Comunicación: un paradigma de la mente*, Buenos Aires: Eudeba.
- Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Fisch, R., Weakland, J. (1976). *Cambio*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Watzlawick, P. (1994). *Abandonar la repetición*, en Elkaim, M. (1994). *La terapia familiar en transformación*. España: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wickham, R. y West, J. (2002). *Therapeutic work with sexually abused children*. Londres: SAGE Publications.
- Wiener, N. (1948). *Cibernética*. Cambridge: MIT Press



## VI. ANEXOS

### ANEXO I

#### Guía de entrevista para conocer la representación social de prostitución infantil

##### Instrucciones

A continuación le voy a hacer una serie de preguntas, trate de contestar sinceramente, no hay respuestas correctas o equivocadas, la información obtenida será utilizada para un estudio acerca de la prostitución infantil y sus respuestas serán anónimas.

##### Datos generales

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

##### Información

1. **¿Para usted qué es la prostitución infantil?**
2. **¿Cómo se imagina que llegan las niñas o las adolescentes a ser prostitutas?**
3. **¿Cómo podría darse cuenta cuando una niña o adolescente está siendo prostituida?**
4. **¿Usted sabe en qué lugares existe la prostitución infantil?**
5. **¿Cuáles son las causas de la Prostitución infantil?**
6. **¿Cuáles cree que son las consecuencias de la prostitución infantil?**

##### Actitud

7. **¿Que piensa de la prostitución infantil?**
8. **¿Desde su punto de vista, por qué hay adolescentes que están siendo prostitutas?**
9. **Si una adolescente que esta siendo prostituida le pidiera ayuda, ¿usted qué haría?**
10. **Si una adolescente que está siendo prostituida quisiera ser amiga de su hija, que también es adolescente, ¿Usted qué haría?**
11. **¿Qué siente cuando ve o sabe que una adolescente esta siendo prostituida?**
12. **¿Qué piensa acerca de las personas que están prostituyendo a las adolescentes?**
13. **¿Qué piensa de los clientes de la prostitución infantil?**

Percepción de riesgo

14. **¿Qué tipo de adolescentes están en mayores posibilidades de caer en la prostitución?**
15. **¿Para usted qué tan posible es que las adolescentes que andan por aquí sean prostitutas?**
16. **¿Qué tan posible es que su hija pueda llegar a ser prostituida?**
17. **¿Qué actividades realiza su hija en donde trabaja?**
18. **¿Cree que alguna de estas actividades la pone en peligro de prostitución?**

Conductas de prevención

19. **¿Ha platicado con su hija sobre prostitución infantil?, ¿qué han comentado?**
20. **¿Qué se puede hacer para proteger a las adolescentes de la prostitución?**
21. **¿Qué hace con su hija para protegerla de la prostitución?**

**Se le preguntara a la participante: *¿Hay algo mas que quiera decir?*, su comentario se integrará a la entrevista dentro de alguna de las áreas existentes o en una nueva de ser necesario. Para despedirse de la persona entrevistada se le dirá: le agradezco mucho su participación.**

## ANEXO II

### DEFINICIÓN DE CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS

#### 1. Definición de prostitución infantil

Se refiere al concepto que las mujeres entrevistadas tienen de la prostitución infantil, este concepto hace referencia a un conocimiento socialmente construido y compartido, de “sentido común”.

**a. abuso:** se considera a la prostitución infantil como una forma de abuso (sexual) que un adulto comete en contra de un niño, niña o adolescente, enfatizando la relación de poder que se establece por la diferencia en edad, sexo u otras características.

**b. relación sexual adulto-niño:** únicamente se hace referencia a un coito entre un adulto y un niño, niña o adolescente. La persona entrevistada no emite juicios de valor.

**c. retribución económica:** se conceptualiza a la prostitución infantil como una actividad comercial, de préstamo de servicios o de intercambio, donde un niño, niña o adolescente ofrece un servicio que es retribuido económicamente.

#### 2. Métodos de reclutamiento

Se refiere a las diversas formas en que las redes de prostitución infantil u otros actores (familia, pareja, amigos) se organizan para iniciar a niños, niñas y adolescentes en la prostitución infantil.

**a. engaño/manipulación:** es el engaño y/o manipulación (verbal y/o físico) ejercido por parte de un adulto hacia un niño, niña o adolescente, con la cual pretende insertar a éste(a) en prostitución infantil. Se incluyen aquí situaciones en donde el proxeneta crea o fomenta una adicción a sustancias psicoactivas por parte del niño, niña o adolescente, a través de la cual logra insertarlos en la prostitución, en una dinámica que podría entenderse como “prostitución infantil al servicio de las adicciones”.

**b. obligación:** se refiere a situaciones en que las adolescentes aceptan estar en prostitución por que se sienten obligadas (moralmente) a ayudar a sus familias y/o mantener a sus hijos.

### 3. Indicadores de prostitución infantil

Se refiere a las “señales” subjetivas que las mujeres entrevistadas detectan y que les permiten reconocer cuando un niño, niña o adolescente está siendo prostituido.

**a. económico:** identificar que un niño, niña o adolescente tiene más dinero que lo usual, o bien, que esta adquiriendo objetos que dada su condición económica habitual, no podría adquirir.

**b. actitud (retramiento emocional):** son observados una serie de comportamientos identificados como timidez, miedo, nerviosismo, introversión, vergüenza, desconfianza, irritabilidad y aislamiento.

**c. actitud (libertinaje):** comportamiento en el que se describe que el niño, niña o adolescente es seductor, es rebelde (no obedece a sus padres), dice mentiras, no acata reglas ni límites, se comporta como si fuera mayor (llega tarde, fuma, ingiere bebidas alcohólicas), convive con personas mayores que él (ella) y muestra curiosidad excesiva por temas relacionados con la sexualidad.

**d. adicciones:** el niño, niña o adolescente tiene adicción hacia alguna sustancia psicoactiva, por lo que acepta ser prostituido(a), a cambio de droga y con la única intención de obtener esta ganancia.

**e. cambio físico:** se observa un cambio en la apariencia física del niño, niña o adolescente: usa ropa atrevida, se viste a la moda y se maquilla.

### 4. Lugares donde existe la prostitución infantil

Se refiere a los espacios identificados por las mujeres entrevistadas, donde reconocen que está presente la prostitución infantil.

**a. zona clase baja:** países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico bajo, a las cuales se les puede considerar como subdesarrolladas o marginales.

**b. zona clase alta:** países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico alto.

**c. lugares públicos:** espacios abiertos al público en general: bares, cantinas, antros, cocinas económicas, restaurantes, hoteles, salones de masajes, baños públicos, escuelas, entre otros.

**d. lugares privados:** espacios restringidos a unas cuantas personas: bodegas comerciales y domicilios particulares entre otros.

## **5. Causas de la prostitución infantil**

Se refiere a los factores (hechos o acontecimientos) que ocasionan la prostitución infantil.

**a. económicas:** se atribuye la existencia de la prostitución infantil a la pobreza y necesidad económica de las familias, debido a la cual los niños, niñas y adolescentes se ven obligados a trabajar para aportar al gasto familiar.

**b. adicciones (vicios):** se considera causa de la prostitución infantil a la drogadicción: “la prostitución al servicio de las adicciones”.

**c. familia:** se considera que la familia ocasiona que sus niños, niñas y adolescentes sean prostituidos, al no proporcionar a éstos seguridad, vigilancia o monitoreo, cariño, educación, vivienda, y artículos de primera necesidad.

**d. contexto sociocultural:** se entiende por contexto sociocultural, la situación económica y política, las tradiciones, costumbres y normas morales, del país y de la comunidad específica donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes. A la decadencia de “valores” y al deterioro de la sociedad se le considera la causa de la prostitución infantil.

**e. dios:** se atribuye la existencia de prostitución infantil a un ser supremo: dios, quien la “envía” a manera de castigo o prueba para la humanidad.

**f. despertar sexual:** la prostitución infantil es considerada como una manifestación del despertar sexual acorde a las etapas preadolescente y adolescente.

**g. características personales:** la prostitución infantil existe por que hay adolescentes que libremente deciden dedicarse a esta actividad, la cual es considerada como un trabajo fácil, ideal para mujeres flojas a quienes no les gusta trabajar.

## **6. Consecuencias de la prostitución infantil**

Esta categoría hace referencia a los efectos negativos de la prostitución infantil en la adolescente prostituida, los cuales se desencadenan a partir de su inserción en prostitución y le ocasionan daños de índole físico, psicológico y moral.

**a. adicciones:** la adolescente desarrolla adicción a alguna(s) sustancia(s) psicoactiva(s) como resultado de su inserción en la prostitución, y como parte del deterioro físico y psicológico que las entrevistadas perciben en las adolescentes prostituidas.

**b. enfermedades:** se refiere a toda clase de enfermedades físicas: respiratorias, dermatológicas y gastrointestinales, entre otras; que son el resultado de las condiciones de vida insalubres en que se encuentran las adolescentes prostituidas: vivienda sucia, mala alimentación, exposición a cambios bruscos de temperatura y a temperaturas extremas con poca ropa o vestimenta ligera, nulo o escaso chequeo médico, etc. Además de las frecuentes enfermedades de transmisión sexual que contraen las adolescentes como resultado de las prácticas sexuales de riesgo a las que constantemente son expuestas (sexo sin protección).

**c. destrucción familiar:** hace referencia a la dinámica familiar que se desencadena a partir de la inserción de la adolescente en la prostitución, a partir de la cual, la familia se siente ofendida, juzga negativamente a la adolescente y la rechaza, iniciándose así un proceso de desintegración familiar, en el cual, la adolescente es expulsada de su hogar, o bien rompe todo vínculo (físico, aunque no necesariamente afectivo) con los miembros de su familia: padres, hermanos, hijos, pareja, etc.

**d. daño psicológico:** incluye los sentimientos y pensamientos que denotan resentimiento por parte de la adolescente prostituida, no solo hacia el proxeneta y el cliente, sino hacia su propia familia, las autoridades y la sociedad en general, provocado por la explotación, sufrimiento, violencia y sometimiento de los cuales son víctimas las adolescentes prostituidas. Esta categoría incluye aspectos como baja autoestima, temor, aislamiento y depresión.

**e. destrucción contexto:** indica un desligamiento o separación de la adolescente en diversas actividades o esferas de su vida, como la escolar, social, laboral, etc. Lo cual indica un aislamiento por parte de la adolescente, quien al ser prostituida modifica radicalmente su estilo de vida y no puede estar inserta en otras actividades.

**f. embarazos:** indica embarazos adolescentes que no son planeados ni deseados y que son producto de la explotación sexual de la que son víctimas estas jóvenes.

**g. violencia:** incluye toda clase de agresiones y los diversos tipos de violencia: sexual, económica, psicológica, física y verbal, que reciben las adolescentes prostituidas. Estas vejaciones ocasionan a las adolescentes, desde lesiones o heridas leves, hasta las que requieren hospitalización, dejan secuelas transitorias o permanentes e incluso ocasionan la muerte.

## **7. Actitud hacia la prostitución infantil**

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación al fenómeno de la prostitución infantil.

**a. daño psicológico y moral:** las entrevistadas señalan que la prostitución infantil es una actividad que acarrea consecuencias negativas para la víctima, entre estas consecuencias se enfatiza el daño psicológico, al reconocer la prostitución infantil como un evento que ocasiona traumas a las víctimas, además del perjuicio o atentado a la dignidad y moral de las adolescentes, en su calidad de mujeres.

**b. resignación:** se reconoce que la prostitución infantil es un fenómeno nocivo, no sólo para las víctimas sino para la sociedad en general. Sin embargo, se asume una postura de impotencia

donde se señala que nadie puede hacer nada para solucionar el problema y que por lo tanto solo queda aceptarlo y conformarse con su existencia.

**c. mal necesario:** el fenómeno de la prostitución infantil es juzgado negativamente y se reconoce su carácter dañino o perjudicial; sin embargo, su existencia es considerada como un factor que regula otros fenómenos como las violaciones, las infidelidades frecuentes, ayuda a los “locos” o depravados a descargar sus instintos, etc.

**d. rechazo (juicio de valor negativo):** el fenómeno de la prostitución infantil es considerado como un problema que va desde la esfera individual hasta la social. Este problema acarrea consecuencias negativas a diferentes niveles y es un acto reprobable.

## **8. Actitud hacia la víctima**

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación a las adolescentes prostituidas.

**a. aceptación/empatía:** se mencionan sentimientos y pensamientos de condolencia y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para ayudar a las víctimas de la prostitución infantil.

**b. rechazo/indiferencia:** incluye sentimientos, pensamientos y acciones hipotéticas que denotan un juicio de valor negativo hacia las adolescentes prostituidas, delegando en ellas la absoluta responsabilidad de su situación, o bien; atribuyéndoles características personales negativas: flojas, irresponsables, libertinas, etc. En algunos casos, las mujeres entrevistadas no mostraron rechazo, sino simple desinterés por las adolescentes prostituidas.

**c. apoyo/consejo:** las mujeres entrevistadas reportan actos reales o hipotéticos en los cuales, proporcionan ayuda a las adolescentes prostituidas, mediante recomendaciones y propuestas centradas en la forma de mejorar sus condiciones de vida e incluso salir de la prostitución

## **9. Actitud hacia el proxeneta**

Incluye los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al proxeneta (regenteador, padrote, chulo).



**a. mercantilismo:** las entrevistadas perciben al proxeneta como un comerciante (de sexo), un vendedor de adolescentes prostituidas.

**b. delincuencia:** el proxeneta es una persona que comete un delito, que se mantiene al margen de la ley y que forma parte de las redes del crimen organizado y las mafias de prostitución infantil

**c. enfermo:** se considera al proxeneta como una persona carente de salud mental, cuyas acciones son el producto de su desequilibrio mental.

**d. aprovechador:** el proxeneta es percibido como un sujeto que de forma consciente explota sexualmente a las adolescentes, sin tener consideraciones en relación al daño físico y psicológico que les ocasiona.

## **10. Actitud hacia el cliente**

Se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al cliente-explotador.

**a. necesidad sexual:** se considera que los clientes de la prostitución infantil, hacen uso de esta, debido a una necesidad fisiológica de índole sexual, la cual les impide tener control sobre sus “instintos”.

**b. necesidad afectiva:** se percibe a los clientes de la prostitución infantil como sujetos carentes de afecto, que acuden a los servicios de la prostitución infantil en busca de éste, es decir, que desean cubrir una insuficiencia emotiva.

**c. aprovechador:** el cliente es considerado como una persona frívola, que utiliza su poder y mayor nivel jerárquico (de adulto) para someter y violentar a las adolescentes prostituidas.

**d. enfermo:** se considera al cliente como una persona desequilibrada mentalmente, cuyos actos son el resultado de su patología mental.

## 11. Características de la infancia en riesgo

Incluye las características contextuales, físicas y comportamentales de las adolescentes que están en peligro de iniciar un proceso de prostitución infantil.

**a. edad:** incluye elementos asociados a la infancia y juventud, los cuales van desde percibirlos como indefensas, inocentes y puras, hasta evidenciar sus atributos físicos, como un cuerpo atractivo y presumiblemente sano.

**b. familia:** se considera que las adolescentes en riesgo de prostitución, se desarrollan en familias en las cuales sufren abandono físico y emocional; así como carencias en relación a sus necesidades básicas (alimento, casa, vestido). Son víctimas de múltiples formas de maltrato y explotación, así como de negligencia generalizada por parte de sus padres o de algunos familiares cercanos (tíos, abuelos, hermanos mayores, etc.).

**c. contexto social:** se considera que las adolescentes en riesgo se encuentran insertas en ambientes comunitarios y sociales que promueven o facilitan factores que las ponen en peligro de prostitución, los cuales se sustentan en situaciones adversas en cuanto a educación, empleo y desarrollo económico, presencia de delincuencia, violencia generalizada hacia las mujeres y los niños e incluso algunas prácticas culturales que les impiden un sano desarrollo psicofísico a las niñas y jóvenes.

**d. necesidad económica:** indica la inclusión de las adolescentes en redes de prostitución a causa de una carencia económica y una necesidad moral por parte de éstas, que las obliga a insertarse en la prostitución como medio de supervivencia y de ayuda económica a sus familias (padres, hermanos e hijos).

## 12. Percepción de riesgo en su comunidad

**a. presencia:** negación de la posibilidad de que las adolescentes que viven en su comunidad sean prostitutas.

**b. ausencia:** negación de la posibilidad de que las adolescentes que viven en su comunidad sean prostitutas.

### **13. Autopercepción de riesgo**

**a. presencia:** aceptación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).

**b. ausencia:** negación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).

### **14. Formas de prevención adoptadas**

**a. comunicación familiar:** se reporta la comunicación familiar, descrita como pláticas y consejos entre madre-hija, como factor preventivo de prostitución infantil.

**b. provisión de bienes necesarios:** se señala un abastecimiento adecuado de las necesidades materiales básicas (casa, alimento, vestido), como elemento utilizado para prevenir la prostitución infantil.

**c. educación:** se indica que facilitar y promover la educación (preparación académica), ha sido una estrategia empleada para evitar que las adolescentes sean prostituidas.

**d. cambio contexto:** se menciona que el alejar a la adolescente de las zonas donde existe la prostitución, a través de un cambio de vivienda, es una forma en que se previene la prostitución infantil.

**e. armonía familiar:** procurar un ambiente armónico en la familia, que permita la libre expresión de afecto entre todos los miembros, es un método para prevenir la prostitución infantil.

### **15. Acciones para combatir la prostitución infantil**

**a. Políticas:** apelan a la participación de las autoridades locales y del gobierno, así como a la modificación y aplicación de las leyes en contra de la prostitución infantil.

**b. comunitarias:** considera las acciones grupales emprendidas por personas que cohabitan en un mismo barrio y que se enfocan a combatir la prostitución infantil en una comunidad específica.

**c. personales:** incluye los comportamientos personales que un individuo realiza para evitar o luchar en contra de la prostitución infantil.

## ANEXO III

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

#### Familia R

La familia R nos fue referida por medio de una escuela en donde laboró anteriormente uno de los miembros del equipo. El colegio en cuestión se ubica en la zona poniente de la ciudad de México, cerca del área de Santa Fe. Es un colegio privado y mixto donde estudian personas de nivel socioeconómico medio y la enseñanza es bilingüe, es decir, se imparten clases totalmente en inglés. La escuela también nos pidió mantener su nombre en el anonimato. En el área psicológica, cuentan con un psicólogo que brinda atención a los alumnos; además realizan estudios de aptitudes escolares y de ambiente familiar, ya que entrevistan a los padres antes de hacer una admisión.

Nuestro compañero acudió a la escuela a principios del mes de agosto, solicitando una familia para realizar nuestro estudio y que se acercara más a una manera efectiva de manejar y resolver el conflicto. Fue así como nos contactaron, entre tres familias más, a la familia R. El psicólogo escolar nos comentó que la familia R ha sido parte de la comunidad escolar por más de diez años, ya que cada uno de los hermanos ha asistido allí en diferentes momentos.

La familia está compuesta por madre, padre y tres hermanos. M, la madre, tiene 50 años y se dedica al hogar. El padre se llama V, tiene 55 años y es Ingeniero; trabaja en una universidad. Ellos tienen tres hijos varones: Vh, el más grande, tiene 22 años y acaba de terminar su carrera universitaria, la cual desconocemos al momento. L, tiene 20 años y es estudiante de Derecho en una universidad privada. Finalmente, J tiene 17 años y está cursando el último año de Preparatoria; él es quien está estudiando actualmente en el colegio antes mencionado.

Por lo que nos comenta el psicólogo, la familia R siempre ha sido valorada y respetada por la comunidad escolar; esto se debe a las excelentes calificaciones de los tres hermanos, quienes han sido “estudiantes ejemplares” desde que Vh ingresó a la escuela, hace más de diez años. Además de esto, nos comenta que conoce directamente a los padres, y ha sostenido varias entrevistas con ellos. De acuerdo al psicólogo, los padres son descritos como “una pareja funcional”, que llevan una relación cordial.

Sin embargo, una de las razones (de acuerdo al psicólogo) por las que nos recomienda a esta familia, es la solución a una crisis familiar muy grande generada por la pérdida de empleo de V. Él hace más de 20 años trabajaba en una empresa; sin embargo, por razones corporativas, fue cesado de sus labores repentinamente y pasó casi dos años sin empleo. Esto sucedió hace aproximadamente cinco años. Durante este tiempo, la familia R acudió a la escuela para poder negociar una forma en la cual sus hijos pudieran seguir asistiendo a la escuela, aunque no pudieran pagar por el momento. El psicólogo considera que la familia ha salido “bien librada” de la situación y han manejado la crisis económica muy bien. Es por esta razón por la que supone serían una excelente familia para nuestro estudio.

### **Familia G**

La Familia G se presenta en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM en el mes de Marzo con el objetivo de recibir atención psicológica para resolver ciertos problemas que han presentado en la relación con sus hijas.

Esta familia se compone de 4 integrantes: M, la mamá, P, el papá, y las dos hijas: S, de 15 años, y Ma, de 22 años. Según lo que llenan en la ficha de inscripción del centro y las preguntas de la pre-consulta, comentan que P es taxista, M trabaja en una escuela como maestra, Ma se queda en casa y asiste a clases de danza y S se encuentra estudiando la preparatoria.

S, la paciente identificada, ha robado dinero, repetido el año escolar y muestra ciertas actitudes de rebeldía ante las reglas del hogar, especialmente en lo concerniente a cumplir horarios y responsabilidades en la casa.

Por su parte, Ma, una joven diagnosticada desde los 7 meses de vida con un retraso mental leve y actualmente considerada como una joven limítrofe, no se encuentra estudiando, solamente toma clases de danza por la tarde, y son frecuentes las disputas entre padres e hija en relación al incumplimiento de hábitos básicos (como tomar su medicina, lavarse los dientes, etc.) y responsabilidades en la casa.

Ambos padres se muestran sumamente preocupados y perciben que el área principalmente afectada ha sido la familiar. Comentan que una de las situaciones que últimamente ha generado mucho conflicto en la familia es que regresaron a vivir con la mamá de M.

A través del Centro y debido a las distintas dificultades y conflictos que presentan se contacta a esta familia, quien después de explicársele el motivo de la investigación decide participar en ella.

## **ANEXO IV**

### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Para la investigación se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada, que se presenta a continuación.

#### **GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA**

El instrumento que se utilizará para este estudio fue un cuestionario abierto. Se trata específicamente de una guía de entrevista semiestructurada para conocer el estilo de manejo de conflictos en las dos familias estudiadas.

Esta propuesta consta de 31 preguntas abiertas agrupadas en 4 factores:

1. Datos generales de la familia (4 preguntas)
2. Exploración de relaciones familiares (5 preguntas)
3. Conflicto (8 preguntas)
4. Estilo de manejo de conflictos (14 preguntas)

El instrumento está diseñado para aplicarse en forma de entrevista semiestructurada, por lo que los investigadores podrán variar el tipo y número de las preguntas en cada entrevista.

#### Instrucciones

A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas, trate de contestar sinceramente, no hay respuestas correctas o equivocadas, la información obtenida será utilizada para un estudio acerca de los tipos de conflictos en las familias mexicanas y sus respuestas serán anónimas. Muchas gracias por participar.



## A. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

1. Nos gustaría que uno/a de ustedes presentara a los demás miembros de la familia y a sí mismo/a, proporcionándonos nombre, edad, ocupación y cualquier otro dato o característica que considere importante de esa persona.
2. ¿Dónde viven? ¿Quiénes viven bajo el mismo techo? ¿Cómo están distribuidos en el hogar? Es decir, cuántos cuartos hay en casa, quién comparte cuarto con quién, cómo se distribuyen geográficamente.
3. ¿De qué hora a qué hora trabajas/estudias? (se realizará a cada uno de los miembros de la familia)
4. ¿Qué actividades realizas el fin de semana? (se realizará a cada uno de los miembros de la familia)

## B. EXPLORACION DE RELACIONES FAMILIARES.

5. ¿Qué tan seguido comen todos juntos en familia?, cuando lo hacen, ¿sobre qué temas platican?
6. ¿Tienen alguna actividad compartida durante la semana? (por ejemplo, algunas familias tienen el acuerdo de salir a misa todos juntos el domingo por la mañana).

Las siguientes preguntas se dirigirán, a cada uno de los miembros de la familia:

7. ¿Qué porcentaje de tu tiempo dedicas a tu familia, amigos, pareja o solo? Por ejemplo, 40% a la familia, 40% a amigos, 10% pareja y 10% solo, igual a 100%. ¿Cómo te sientes con ese tiempo de dedicación? ¿Te gustaría cambiar algo?
8. ¿Quién consideras que es la persona con la que más te llevas en la familia?, ¿Y con la que menos te llevas? ¿Por qué?

9. ¿Quién es la persona más alegre de la familia?, ¿la mas enojona?, ¿la más apegada?, ¿la más alejada?

### C. CONFLICTO

10. ¿Con qué frecuencia se presentan conflictos en esta familia? (si es necesario, se puede brindar una escala del 1 al 5, siendo 1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Frecuentemente, 4: Muy frecuentemente y 5: Siempre).

11. ¿Cuáles son las áreas o los temas que ocasionan mayor conflicto en esta familia?

12. ¿Cuáles son las áreas o los temas que ocasionan menor conflicto en esta familia?

13. ¿Quiénes participan habitualmente en los conflictos?

14. ¿De qué manera contribuye cada uno de ustedes para hacer que el conflicto surja o incluso, crezca?

15. ¿Con quién sueles tener mayor conflicto habitualmente? (se dirigirá a cada uno de los miembros de la familia)

16. ¿Con quién sueles tener menor conflicto habitualmente? (se dirigirá a cada uno de los miembros de la familia)

17. ¿Cómo se siente cada uno cuando aparecen conflictos en esta familia?

### D. MANEJO DE CONFLICTOS

18. Describannos ¿cómo consideran ustedes que manejan los problemas que se les presentan como familia? (cada miembro deberá contestar).

19. ¿De qué forma participa cada uno en la toma de decisiones para la resolución de los conflictos?

20. ¿Quiénes participan en la toma de decisiones para la resolución de los conflictos?

Si hay discrepancias en la visión de cada uno de los miembros se aclararan las diferentes visiones

21. ¿Cuál es la manera más usual de enfrentar los problemas?

22. ¿Cuál es la manera menos usual?

23. ¿Cuándo un problema o conflicto no se resuelve en el primer intento, qué otras cosas hacen?

24. ¿Cuál consideran que es o son las formas que mejor resultado les dan para manejar los conflictos?

25. ¿Cuál consideran que es o son las formas que peor resultado les dan?

26. ¿A quién recurres cuando tienes un conflicto con algún miembro de tu familia?

27. ¿Quién de ustedes podría relatarnos el último conflicto que haya tenido la familia?

28. ¿De qué forma consideran que enfrentaron la situación?

29. ¿Cómo la manejaron y cuál fue el resultado final?

30. ¿Cómo ve cada uno de los hijos que manejan el conflicto cada uno de los padres y entre ellos?

31. ¿Cómo ve cada uno de los padres que manejan el conflicto cada uno de los hijos y entre ellos?

## ANEXO V

### PRODUCTO TECNOLÓGICO

Artículo “Amores que matan: violencia en el noviazgo”, publicado en la revista Espacio Abierto de la Universidad Tecnológico de Monterrey.

**AMORES QUE MATAN: VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO**

Por Mariana Cárdenas, licenciada en psicología familiar y de pareja

**E**n las diferentes relaciones de pareja que establecemos durante nuestra juventud, vivimos la pena preguntándonos: ¿son vínculos en los que habitualmente me siento perseguido(a), desplazado(a), desvalorizado(a), ¿Hay sufrimiento permanente?, ¿podría ser un vínculo de maltrato?

Las respuestas a dichas interrogantes no son sencillas de determinar para cualquier persona ajena a la relación y quizás mucho menos para aquellos eventos que se encuentran involucrados en relaciones de pareja donde la violencia se presenta en lo cotidiano del vínculo.

Generalmente, la violencia entre las parejas jóvenes se expresa a través de pequeños actos que –a la vista de cualquiera– pueden percibirse como “normales”. Y “propios de la edad”.

La sutileza de sus expresiones (golpizas, pequeñas prohibiciones, celos, descalificaciones verbales, etc.) dificulta su identificación y genera mucha confusión en quienes la viven: “¿Ahí está porque me amas?”, “¿Quieres saber donde estoy todo el tiempo porque no puedo vivir sin ti?”, “¿que sólo un empujón?” “¿Tal vez si lo hago, se enamora de mí?”.

Muchas veces pensamos que esos comentarios y acciones son signo de que nos amas y se interesan por nosotros; otros veces sabemos que algo no anda bien, pero pensamos que “tal vez todo” y no hay más opción que “aguantar”.

A veces, incluso, es difícil reconocer las diferentes formas en que la violencia puede aparecer, debido a que los actos violentos ocurren todos los días, se hacen costumbre y se consideran como algo “natural” en la convivencia de una pareja.

Lo cierto es que, en realidad, existen formas de control, que no entropesan una relación por el contrario, sólo generan malestar y dolor. Tristemente, hombres y mujeres, nos hemos acostumbrado a ciertos formas de relación basadas en la injusticia y el desamor.

En nombre del amor?

Ahora, bien, reflexionemos: ¿en qué debemos fijarnos para pensar sobre nuestra relación de pareja? ¿Cuáles podrían ser señales de alarma que nos indiquen que mi relación puede ser violenta?

Para empezar, sería conveniente destacar que la violencia es un fenómeno que se relaciona directamente con la cultura en la que estamos inmersos.

Generalmente, y debido a cómo somos socializados los hombres y las mujeres, la violencia se ejerce de parte del hombre hacia la mujer. A esto le llamamos violencia basada en género, y es un problema de la humanidad entera, cada vez más frecuente, en todos los ámbitos y culturas.

Surge por las grandes desigualdades que existen entre hombres y mujeres, de manera que socialmente se ha privilegiado al machismo y se ha desvalorizado lo femenino.

En términos generales, se ha identificado que la socialización de hombres y mujeres –y las creencias asociadas a dichas roles– practican que los niños aprendan desde pequeños que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable para afirmar su poder, mientras que a las niñas se les enseña a tolerar agresiones y obedecer.

Sin embargo, es importante reconocer que no sólo los hombres son violentos, las mujeres también pueden utilizar diferentes formas de control sobre su pareja, generalmente acordes a la manipulación y chantaje.

Algunos señales de alarma a las que debemos prestarle atención, son:

Celos persistentes, dejando poco margen para tu libertad, tu individualidad; intenta controlar con quien te ves, cuando y de qué manera te puedes relacionar con las personas importantes para ti.

Puede querer determinar la forma en que te vistes, te maquillas, te arreglas.

En tono de “ironía”, puede hacerle en forma recurrente comentarios descalificatorios, que no te hacen sentir bien contigo mismo(a). Las “bromas” o “chistes” pueden ser dirigidos directamente a ti, o dichos en un grupo de pares, de amigos.



espacio 33

espacio 33

Por ejemplo, puede burlarse o hacer chistes sobre tu aspecto físico, de tus logros o de las mujeres (u hombres) en general.

Invierte tu privacidad: espía tus pertenencias, tu correo electrónico, tu celular.

Con el pretexto de estar jugando, te empuja, te palmea, te pellizca.

También puede tratarte con indiferencia cuando no haces algo para complacerlo. Puede amenazar con terminar la relación, si las cosas no suceden como él (ella) lo desea.

Puede acortarse o besar partes de tu cuerpo sin tu consentimiento y/o te presiona con insistencia para tener relaciones sexuales (la "puñada de amor"), amenazando con abandonar la relación si así no sucede.

Sientes miedo hacia tu pareja, tienes miedo o hacer algo por cómo él (ella) puede reaccionar.



espacio 33

Probablemente puedas pensar que estas características son algo muy normal en una relación, pero no es así; lo cierto es que dan cuenta de un vínculo en el que se puede estar presenciando el fenómeno de violencia.

Entonces, ¿contrao a lo que a veces pensamos: la violencia no implica sólo golpes o insultos. Tiene formas sutiles, camufladas, que son justo las más peligrosas, porque detectadas en nuestras relaciones se convierten en una empresa compleja, de autorreflexión y análisis de la propia experiencia y de nuestros sentimientos.

La violencia genera malestar, tanto físico como emocional, misma muestra síntomas, nos hace sentir vulnerables, débiles, confundidos(a).



También pueden aparecer consecuencias en la escuela, podemos bajar nuestro rendimiento escolar, podemos perder amistades importantes, aislándonos cada vez más en un vínculo de pareja insatisfactorio. Y, especialmente, una relación violenta durante el noviazgo tiene altas probabilidades de dar comienzo a un estilo de interacción de pareja violenta. Es decir, si eres víctima de violencia en tu relación actual, es muy probable que sigas siendo en tu vida de pareja adulta.

Si estás viviendo violencia en tu noviazgo, ¿qué puedes hacer?

Si detectas que estás viviendo violencia en tu relación, puedes pedir ayuda.

Conversa con las personas cercanas y significativas para ti.

Acude a los servicios de ayuda para casos de violencia.

espacio 33

Recuerda que no es sencillo abandonar este tipo de relaciones en forma solitaria; apóyate en otras personas e instituciones y recuerda: no tienes las cosas que no te gustan y te hacen daño. Dején la violencia en tu relación, pero -especialmente- defiendan tu derecho a vivir una vida libre de violencia en cualquier de las relaciones que establezcas.

Si -en cambio- eres quien ejerce la violencia podrás preguntarte de qué manera tu conducta violenta está afectando y afectando a las personas que quieres y cuáles son las pérdidas que sufres al ejercer tu violencia. Puedes compartir lo que te pasa con personas importantes para ti y/o pedir ayuda a instituciones especializadas.

Recuerda que el diálogo puede ser una herramienta importante para una convivencia libre de violencia. Intenta platicar con tu pareja, escúchela, comparan los puntos de vista diferentes, respeta su individualidad e intentan llegar a acuerdos que los dejen a ambos satisfechos. Porque cuando en una pareja alguno de los dos gana, finalmente, los dos pierden. **e**

13