



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**DOS MIRADAS EN TERAPIA FAMILIAR:
LA FAMILIA CON NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SELENE DOMINGUEZ BOER

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

COMITE TUTORIAL:

MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

MTRA. CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ

MTRO. JAIME MONTALVO REYNA

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY



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

CAP 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO DE LA TERAPIA FAMILIAR	2
1.1.1. <i>Características del Campo Psicosocial</i>	2
1.1.2. <i>Principales problemas que presentan las familias</i>	6
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO	10
1.2.1. <i>Descripción de los escenarios</i>	10
1.2.2. <i>Análisis sistémico de los escenarios</i>	12
1.2.3. <i>Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico</i>	14

CAP. 2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	20
2.1.1. <i>Teoría General de los Sistemas</i>	20
2.1.2. <i>Teoría de la Comunicación Humana</i>	23
2.1.3. <i>Cibernética</i>	25
2.1.4. <i>Constructivismo</i>	28
2.1.5. <i>Construccionismo Social</i>	32
2.2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	35
2.2.1. <i>Modelo Estructural</i>	35

2.2.2.	<i>Modelo Estratégico</i>	43
2.2.3.	<i>Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas</i>	48
2.2.4.	<i>Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones</i>	55
2.2.5.	<i>Modelo de Milán</i>	67
2.2.6.	<i>Modelos Posmodernos</i>	76
2.2.6.1.	<i>Terapia Narrativa</i>	78
2.2.6.2.	<i>Enfoque Colaborativo</i>	86
2.2.6.3.	<i>Equipo Reflexivo</i>	92

CAP.3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1.	HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS	100
3.1.1.	<i>Integración de expedientes de trabajo clínico por familia</i>	100
3.1.2.	<i>Análisis y discusión teórico-metodológica de las familias elegidas</i>	101
3.1.3.	<i>Análisis y discusión del tema</i>	117
3.1.4.	<i>Análisis del Sistema Terapéutico Total</i>	145
3.2.	HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	151
3.2.1.	<i>Reporte de Investigación Cuantitativa</i>	151
3.2.2.	<i>Reporte de Investigación Cualitativa</i>	153
3.3.	HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	154
3.3.1.	<i>Productos tecnológicos</i>	154
3.3.2.	<i>Programas de intervención comunitaria</i>	156
3.3.3.	<i>Asistencia y presentación en foros académicos</i>	156
3.3.3.1.	<i>Participación como ponente</i>	156
3.3.3.2.	<i>Asistencia a eventos científicos</i>	157
3.4.	HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	158
3.4.1.	<i>Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional</i>	159

CAP. 4. CONSIDERACIONES FINALES

<i>4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas</i>	163
<i>4.2. Incidencia en el campo psicosocial</i>	164
<i>4.3. Reflexión y análisis de la experiencia</i>	164
<i>4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo</i>	166
REFERENCIAS	169
ANEXOS	178

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

AL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

A LA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

A LOS PROFESORES Y SUPERVISORES DE LA RESIDENCIA
POR SU GENEROSIDAD AL FORMAR A OTROS

A LA EXACTITUD DEL PLAN DIVINO

A TODOS LOS INVOLUCRADOS EN MI FORMACIÓN COMO
TERAPEUTA FAMILIAR

A MIS PADRES
POR DARME LA VIDA Y ENSEÑARME POR PRIMERA VEZ A PENSAR

A PAOLA
POR MOSTRARME EL CAMINO Y ESTAR EN MI VIDA

A JORGE
POR ESTAR EN MI VIDA Y BRILLAR SIN BUSCARLO

A MARIO ALBERTO
POR HABERNOS ENCONTRADO Y VIVIR LA MAGIA

A CAROLINA
POR APARECER EN EL MOMENTO INDICADO Y DECIDIR FORMAR
PARTE DE MI FAMILIA

A ROSARIO
POR SU GUÍA, ENSEÑANZA Y APOYO

A SUSANA
POR SU ORIENTACIÓN, CONFIANZA Y RESPETO

A ROSARIO
POR SU GUÍA, ENSEÑANZA Y APOYO

A SUSANA
POR SU ORIENTACIÓN, CONFIANZA
Y RESPETO

Capítulo I

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

1.1.1. Características del Campo Psicosocial

Pensar en las características del campo psicosocial me hace pensar en ¿cómo lo delimito para hablar de él?, resulta difícil responder a esa pregunta ya que el pensamiento sistémico-cibernético amplía la visión, así que elegiré como punto de inicio el panorama mundial. Plantear el campo, nos ubica en la sociedad en la que nos desenvolvemos, en el medio que nos rodea, en el país en el cual vivimos; en las circunstancias del contexto social, económico y político que aparecen como telón de fondo, interactuando con el individuo y con sus relaciones e interacciones en su entorno.

Desde hace algunos años se habla, cada vez con mayor frecuencia, de que la situación global se ha ido agudizando, diariamente se comentan problemas políticos, sociales, económicos y ambientales, que impactan a todos los seres que poblamos el planeta.

La población del planeta asciende a más de 6, 794 millones de habitantes (de acuerdo con el International Programs Center, 2009), las tendencias globales en la economía se dirigen a la expansión, a la apertura de mercados; los cambios tecnológicos revolucionan los patrones de comunicación con el uso de la cibernética y de la información; se habla de una crisis económica y de un repunte de la hegemonía capitalista unipolar, el Fondo Monetario Internacional regula el destino de las naciones; y se plantea un aumento en la demanda de los recursos naturales, los cuales desaparecen dramáticamente.

En América Latina el panorama no es muy distinto, en 1990 se incorporó a la economía global, la implementación de las reformas económicas neoliberales trajo, en la mayoría de países, situaciones de crisis, detención o disminución del crecimiento, un deterioro notable en el mercado de trabajo (aumento de la tasa de desempleo) y un incremento en los niveles de pobreza y desigualdad en los salarios (Jelin, 2007). En estos países el consumismo se ha visto intensificado, lo cual ha favorecido las situaciones de mayor despojo, miseria y hambruna generalizada, así como la explotación de las masas del mundo; el sistema capitalista también beneficia el achicamiento del mercado interno, la descapitalización, la desindustrialización, el cierre de fuentes de trabajo, el desmejoramiento acelerado de la calidad de vida de los sectores populares y el incremento exponencial de las desigualdades (Soros, 2005).

Esta situación económica también se ha reflejado en la presencia de nuevas formas de trabajo, como son: los trabajadores subcontratados, los temporales, los trabajadores a domicilio, subcontratistas, comerciantes informales y otros, todos ellos no cuentan con ingresos fijos ni con regulación institucional, tales empleos resultan cada vez más comunes, tanto que de acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2007), en América Latina, durante la década de 1990, 7 de cada 10 empleos surgieron del sector informal.

Todas estas condiciones también aparecen en México, las circunstancias laborales de nuestro país ubican al sector trabajador dentro de los trabajadores más baratos del mundo, esto junto con la reforma privatizadora de los servicios del sistema de seguridad social, la tasa de desempleo en aumento, el subempleo, la escasez y la mala calidad de bienes y servicios, la creciente inseguridad y la pobreza han generado un fenómeno de gran malestar en las familias mexicanas (Pujol y Torres, 2000).

Aunado a todo esto, se habla de la presencia de fenómenos de desigualdad, discriminación étnica y de género, violencia, analfabetismo, sobrepoblación, migración y adicciones. Para Montaña (2007), la coexistencia de todos estos fenómenos produce una paradoja y es que, a pesar de los cambios que desafían la estabilidad familiar, de ser considerada un lugar de alto riesgo en materia de violencia y maltrato para mujeres y niños, la familia sigue siendo considerada como el espacio de protección y seguridad por excelencia.

Algunos datos estadísticos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2009b) que muestran la realidad planteada en los párrafos anteriores son los siguientes. La población en el territorio mexicano es de aproximadamente 108.4 millones de personas, los especialistas pronostican que México sufrirá un periodo de envejecimiento poblacional, sobre todo en el ambiente rural nortero, ya que la emigración de la población de esas regiones hacia Estados Unidos de Norteamérica cada vez es mayor; agregan que a la larga la tasa de natalidad también disminuirá y aumentará la esperanza de vida por los adelantos médicos. Esto es lo que predicen; la realidad muestra que la intensa emigración que experimenta el país ha arrojado saldos negativos crecientes que se traducen en una pérdida progresiva de la población. En cuanto a los componentes del crecimiento poblacional se ha registrado que en los últimos 35 años la población aumentó en un 88%, dicho crecimiento ha sido natural; sobre la tasa de natalidad se ha observado una reducción en el mismo periodo de tiempo, en 1974 el número de nacimientos anuales era de 2.03 millones y actualmente es de 1.94 millones. Por su parte, las defunciones aumentaron de 502 mil a 527 mil, dicho incremento quizá se debe en gran medida al proceso de envejecimiento poblacional.

Esta población demanda educación, salud, cultura, recreación y la apertura de oportunidades económicas, así como inclusión social y equidad. Al parecer el número de habitantes ha superado la capacidad del Estado para brindarle tales servicios.

Sobre la pobreza, en México se habla de que el 54% de la población (57.8 millones) vive en pobreza de patrimonio (percibe \$53.00), el 32% (34.3 millones) vive con \$33.00, y el 24% (25.7 millones) con \$27.00; se calcula que 60 millones viven en pobreza de los cuales 25.7 millones viven en pobreza extrema (INEGI, 2009b). Para mejorar tales condiciones resultaría necesario contar con adecuadas opciones laborales, sin embargo la realidad mexicana nos muestra que nos encontramos dentro de una crisis económica; debido a la alta dependencia de la economía en su comercio exterior con su vecino del norte y a las caídas provenientes de los migrantes (segunda fuente de divisas después del petróleo) producto de la desaceleración de la economía norteamericana, México sufrió un efecto domino que afectó todos los sectores de su economía. Lo que generó un aumento en la tasa de desempleo, en 2008 era de 3,96% y en enero de 2009 de 4,06%, en ese momento 336 mil personas se quedaron desempleadas (Martínez, 2009). La estructura de las finanzas del gobierno mexicano dependientes del petróleo se vieron afectadas ante la caída en la producción de tal recurso, lo cual obligó a elevar impuestos como el Impuesto al Valor Agregado, el Impuesto Sobre la Renta y a instaurar nuevos impuestos a las telecomunicaciones, desafortunadamente estos ingresos no van encaminados a nuevas inversiones o proyectos productivos, sino a mantener una burocracia que consume el 80% del presupuesto, lo cual plantea nuevos escenarios de crisis a mediano plazo.

Al iniciar el 2009 las expectativas oficiales pronosticaban un crecimiento exiguo, sin embargo, con el paso de los meses las expectativas fueron siendo más pesimistas y en ocasiones contradictorias, después de la epidemia de gripe A(H1N1) se comenzó a hablar de una afectación de la actividad económica en el país, especialmente en el sector turístico (tercera fuente de divisas del país) (La Jornada, 2009). Como consecuencia de todo esto la CEPAL apuntó que México sería el país más afectado por la crisis económica en la región al presentar una disminución del 7% en su producto interno bruto (PIB) (Excélsior, 2009).

Un aspecto asociado al progreso social y económico de un país es la educación, las estadísticas en esta área nos muestran que la población analfabeta ha disminuido, en 1970 se conformaba del 26% de la población, para 2008 solamente correspondía al 8%; la proporción de población de 6 a 12 años que asiste a la escuela ha aumentado de 65.7% a 93.8%, y el porcentaje de población de 15 y más años con educación superior a la básica se incrementó de 6.3% a 27.8% (INEGI, 2008). A pesar del aumento de las cifras a favor de la educación, la realidad es que aún no ha llegado a todos los sectores sociales, especialmente entre las poblaciones indígenas y las que se encuentran en condiciones de pobreza extrema; aunado a ello la

deserción escolar a nivel de educación básica es alta, sobre todo a nivel secundaria, fenómeno que se agudiza en el medio rural.

Por otra parte, la salud es una condición elemental para el desarrollo personal y social de los mexicanos, por ello es una de las prioridades en los programas gubernamentales federales, estatales y municipales. El perfil de las enfermedades en el país ha cambiado, a principios de 1900 predominaban las infecciosas y parasitarias, durante la segunda mitad del siglo XX se observó el gradual predominio de las crónico-degenerativas, aunque siguen presentes las infecto-contagiosas; las cifras indican que en México el 22.7% de las muertes son causadas por enfermedades cardiovasculares, el 13% por diabetes, el 12.9% por cáncer y el 9.6% por enfermedades digestivas (INEGI, 2008).

Este panorama parece que ha mermado el optimismo de épocas pasadas, en donde el progreso podía traducirse como el camino hacia la felicidad, actualmente persiste un sentimiento de pesimismo caracterizado por la carencia de esperanza en un futuro mejor (García, 1986). Como es de esperarse este panorama ha repercutido en todos los escenarios del quehacer del ser humano, entre los cuales se encuentra la reconceptualización de algunas instituciones sociales como son el estado, la iglesia y la familia; han aparecido una serie de ideologías que llevan al cuestionamiento de la estructura familiar prevalente, con la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la planificación familiar y la nueva dinámica laboral; el matrimonio comenzó a ser desechado de los planes de las nuevas generaciones, quienes ante él, se muestran inseguros y desconfiados. El matrimonio responde a estas necesidades sociales, al parecer los individuos ya no buscan en él, el amor y la comprensión que se esperaba (Palacios, 2005), lo cual se traduce en una disminución en los matrimonios, en un aumento de los divorcios y en el aplazamiento del contrato matrimonial.

En las nacientes familias, se presentan cambios en las relaciones de sus integrantes, en su estructura y en su organización. Por ejemplo, las nuevas exigencias económicas, prácticamente obligan a ambos cónyuges a trabajar, provocando la necesidad de invertir gran parte de su tiempo, tanto en su formación o capacitación, como en el desempeño de sus funciones laborales, lo cual requiere que se postergue la llegada de los hijos, que se limite su número, que se compartan las actividades que antes eran asignadas a un solo rol y que se requiera de instituciones sociales externas que cubran las funciones de cuidado de los hijos (Cely, 1999).

Para Rosario Esteinou (2004), los cambios más importantes que han repercutido en la familia mexicana son: las crisis económicas recurrentes y los cambios en los mercados de trabajo, los cambios referentes a la dinámica y composición de la estructura demográfica y una acelerada apertura desde el punto de vista social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, mencionado en los

párrafos anteriores. A partir de estos cambios hoy nos encontramos ante una diversidad de formas familiares y de relación entre las que destacan: el crecimiento de la proporción de familias cuyo perfil es que los dos miembros de la pareja trabajan, los cambios en la estructura de papeles familiares, lo que repercute en la fragilidad y apertura con respecto al vínculo matrimonial; cambios en los patrones de parentalidad y cambios en las relaciones entre generaciones.

Este es el panorama en el que nos desenvolvemos diariamente como mexicanos, y como profesionales de la salud tenemos el compromiso de analizar las problemáticas psicosociales y generar propuestas tanto de investigación como de intervención.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

Las familias comparten costumbres, tradiciones, cultura, vicisitudes laborales y económicas, todo ello ha afectado, y continua haciéndolo, sus funciones y su dinámica, sin embargo no se puede hablar de una sola familia sino de las familias mexicanas, cada familia tiene sus particularidades, depende si son del norte, del sur o del centro, o si son rurales y urbanas, o de su número de integrantes, también depende de sus características a lo largo de sus etapas de vida.

La familia es la unidad básica de la sociedad y desempeña funciones importantísimas en el desarrollo psicosocial de cada individuo, es en el seno de la familia donde se instaura el proceso de socialización del hombre, se confeccionan los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y, del espacio, las distancias corporales, el lenguaje, la historia de la familia extensa, que comprende a las distintas generaciones que nos precedieron; es decir, todas las dimensiones humanas más significativas se plasman y transmiten en la cotidianeidad de la vida en familia. Ésta es por excelencia el campo de las relaciones afectivas más profundas y constituye, por lo tanto, uno de los pilares de la identidad de una persona. Por ejemplo, quién ejerce la autoridad, qué tareas corresponden a cada sexo, a los jóvenes, a los ancianos, cómo se ayuda al grupo familiar, quién provee las necesidades, qué códigos de comunicación están permitidos ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y sentimientos, el sentido de la vida y la muerte, la importancia de las fiestas, reuniones sociales o ceremonias, todos y cada uno de estas formas básicas de comunicación, se aprenden, se incorporan dentro de una familia. El modelo familiar es un modelo cultural a escala, donde cada familia elabora su propia variante a través de mitos,

tradiciones y valores. Se incorpora el qué –los contenidos de la cultura –y también el cómo, es decir, los modos de hacer, de proceder, de aprender. (Espinosa, 2005).

En todo el mundo, con el paso del tiempo, la organización familiar, así como las que se consideran sus funciones, se han transformado paralelamente a los cambios que experimenta la sociedad (Minuchin, 1985). En el siglo XIX, la base de la construcción familiar era el matrimonio, la familia se constituía por la pareja de esposos y por los hijos, la mujer comenzaba a emanciparse y la familia nuclear empezaba a deslindarse de la extensa. A finales de ese siglo se abordaba el tema de la crisis del matrimonio y de la familia, ya que el número de divorcios iba en aumento, el índice de natalidad disminuía y la situación de la mujer era cambiante. Las instituciones sociales sustituían, con mayor frecuencia, las funciones que antaño correspondieran únicamente a la familia, debilitando los lazos entre sus miembros (Lasch, 1984; Andolfi y Zwerling, 1985).

Factores como el deterioro de la economía familiar, que obliga a la mujer a incursionar en el mundo laboral, dejando a los hijos a cargo de las guarderías, la televisión o la cultura de la calle; colocándola muchas veces en la disyuntiva de elegir entre trabajo y familia; la educación deficiente; el delito y las drogas; los medios masivos de comunicación que constantemente transmiten imágenes y mensajes que van en contra de los valores familiares; contribuyen al deterioro de la familia, volviendo a sus integrantes más vulnerables (Lasch, 1984). En el incipiente siglo XXI el panorama no ha cambiado, al contrario, se han sumado elementos que generan gran inestabilidad dentro del núcleo familiar, como lo es la violencia, en el 2009 se registró que en 1 de cada 3 hogares se registra algún tipo de violencia (INEGI, 2009b).

De acuerdo con las estadísticas (INEGI 2007), en México, el 97.7% de la población vive en familia, de los cuales el 67.5% viven en familia nuclear (jefe, cónyuge, hijos), el 17.9% vive uno de los cónyuges con los hijos y el 11.1% están constituidas por la pareja. En promedio, estas familias están integradas por 4.3 integrantes; en ellas de cada 10 personas que aportan a la economía familiar 6 son hombres y 4 son mujeres; pese a que el número de mujeres en el mercado laboral va en aumento no se ha generado un cambio significativo en la distribución de las labores domésticas, en donde la participación de los varones sigue siendo escasa. Otro dato importante es que a partir del 2000, el número de matrimonios civiles ha ido disminuyendo gradualmente (de 707, 422 a 595, 713), así como aumentando el número de divorcios (de 49, 330 a 70, 184).

Este contexto psicosocial ha llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñan al interior de las familias, como las modificaciones en el rol femenino (mayores responsabilidades laborales de las mujeres). El aumento en la ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados, dejen de asistir a la escuela y vivan

en condiciones desfavorables, exponiéndose a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. También se presentan otras problemáticas de tipo emocional y relacional que se encuentran en constante interacción con las condiciones del medio, algunas de ellas son la depresión, el maltrato infantil, el abuso sexual, el alcoholismo, la drogadicción, el divorcio, la desintegración familiar, problemas de género, conflictos intergeneracionales y de pareja, la deserción escolar, la falta de disciplina, etc., todas estas situaciones se encuentran multirelacionadas.

Familia e Infancia

El estudio de la familia con niños cobra particular importancia porque la infancia se considera el momento clave en la vida de cualquier ser humano ya que es allí donde se conforman los soportes afectivos e intelectuales de la persona, siendo estos de los que dependerá el futuro éxito o fracaso del individuo una vez adulto. Y es la familia el primer lugar en donde el niño aprenderá a satisfacer necesidades que, en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad.

Una visión teórica que nos ayuda a entender a la familia es el *ciclo vital* de la misma (Carter y McGoldrick, 1980; Espinosa, 1992; Haley, 1982; Minuchin, 2008; Ochoa, 2004). Una de las etapas que componen dicho ciclo es la de *familia con hijos en edad escolar (6-12 años)*, esta etapa se caracteriza por el ingreso de los hijos a la escuela, con ello inicia la socialización de toda la familia en nuevos ambientes, como la escuela, este nuevo trato favorece que la familia, sobre todo la madre, establezca una fuerte relación con el sistema educativo en el que se encuentran los hijos y aparece una tendencia a culpabilizar a la escuela ante los problemas que presentan los hijos. La escuela representa para los padres su primer experiencia con el hecho de que los hijos terminarán por dejar el hogar y ellos quedarán frente a frente. En esta etapa, las pautas de comunicación en la familia se han hecho habituales, y ciertas estructuras no pueden adaptarse a la naciente involucración del niño fuera de la familia. Es común encontrar varios tipos de estructuras desdichadas, todas ellas vinculadas con la apertura de brechas generacionales en el seno de la familia. El problema más habitual es que un progenitor, generalmente la madre, se alíe sistemáticamente con un hijo en contra del otro progenitor; por ejemplo ella protestará porque él es demasiado duro con el hijo, mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda. En tanto la pauta subsiste, el niño se convierte en el medio para que los padres se comuniquen acerca de los problemas que no pueden encarar directamente.

En dicha etapa la familia extensa ocupa un papel muy importante en la crianza de los niños, en especial si ambos padres trabajan. También se comienza a delegar en los hijos mayores, en caso de que los

haya, mayores responsabilidades de apoyo y cuidado hacia los hijos menores o hacia las funciones hogareñas.

Las tareas que debe enfrentar la familia durante esta fase son: establecer límites claros y flexibles para los niños; formar hábitos, principios y valores acordes para la edad de los pequeños; conformar una jerarquía eficaz entre los cuidadores; satisfacer las necesidades de cuidado y educación de los hijos; apoyar en las tareas y actividades escolares (Carter y McGoldrick, 1980; Espinosa, 1992; Haley, 1982; Minuchin, 2008; Ochoa, 2004).

En nuestro país el panorama de la infancia es el siguiente, se calcula que en México existen 30.9 millones de menores de 14 años, que equivalen al 28.1% de la población total. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) consideró, el pasado 30 de abril, que México se encuentra rezagado en la atención y protección de la población infantil del país (UNICEF, 2010), ya que existen 20 millones de niños en situación de pobreza, además de que 3.3 millones de infantes no asisten a la escuela. A esto se le agregan las situaciones de explotación laboral y trabajo infantil, ya que 3.6 millones de niños laboran, de los cuales el 51.3% son trabajadores remunerados y el resto no reciben pago, en esta área existe la necesidad de un fortalecimiento institucional para prevenirlo y penalizarlo. Sobre el maltrato y el abuso infantil el último año se registraron 22 437 casos en los que se comprobó dicho maltrato, de esos casos el tipo de maltrato más frecuente es la negligencia o la omisión de cuidados (29.8%), seguido por el maltrato físico (23%) y el emocional (21.4%) (INEGI, 2009a).

Finalmente, en cuanto a padecimientos infantiles psicológicos, se menciona que el número ha ido creciendo dramáticamente (Zablocki, 2000), en México 1 de cada 10 niños presentan algún problema psicológico durante la infancia y/o la adolescencia (INEGI, 2009a). Algunos especialistas consideran que eso podría deberse, en parte, al aumento de la pobreza y de los hogares en los cuales existe un solo progenitor, también comentan que en general los síntomas emocionales y conductuales de estas dolencias tienden a ser permanentes y no se solucionan sin ayuda externa, el niño no resolverá estos problemas por sí solo, por lo que sugieren que los padres o los cuidadores estén alerta de cualquier cambio en el comportamiento de los niños que pueda ser signo de algún problema, como el aislamiento o el perder el interés en actividades que antes disfrutaba (Gamazo, 2007; Zablocki, 2000).

Ante esta problemática infantil, el objetivo de este trabajo es analizar en el marco de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna dos propuestas de intervención para las familias con hijos en edad escolar.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

La Universidad Nacional Autónoma de México ofrece el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, de donde se desprende la Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Dicha residencia contempla el desarrollo y la puesta en práctica de las habilidades clínicas en contextos reales en los que se brinda atención a población de la comunidad que así lo solicita, tal atención se da en los escenarios que describiré a continuación.

1.2.1. Descripción de los escenarios

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala cuenta con 3 sedes o escenarios clínicos para las prácticas de psicoterapia familiar:

1. La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala
2. El Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco
3. La Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) "Tlalnepantla"

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala

Se ubica en el Edificio de Endoperiodontología de la FESI. En este espacio los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar brindaran el servicio de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna a la población que así lo solicita.

La clínica consta de una cámara de Gesell. En una de las salas se sitúan el(los) consultante(s) y el terapeuta, en la sala contigua se reúnen el equipo terapéutico, las supervisoras y, en algunos semestres, el equipo de observadores. Existe una cámara de video digital para grabar las sesiones y para transmitir las mismas en la sala del equipo a través de una televisión (sistema de circuito cerrado); entre ambas salas existen teléfonos que permiten la comunicación entre salas (Ver Figura 1).

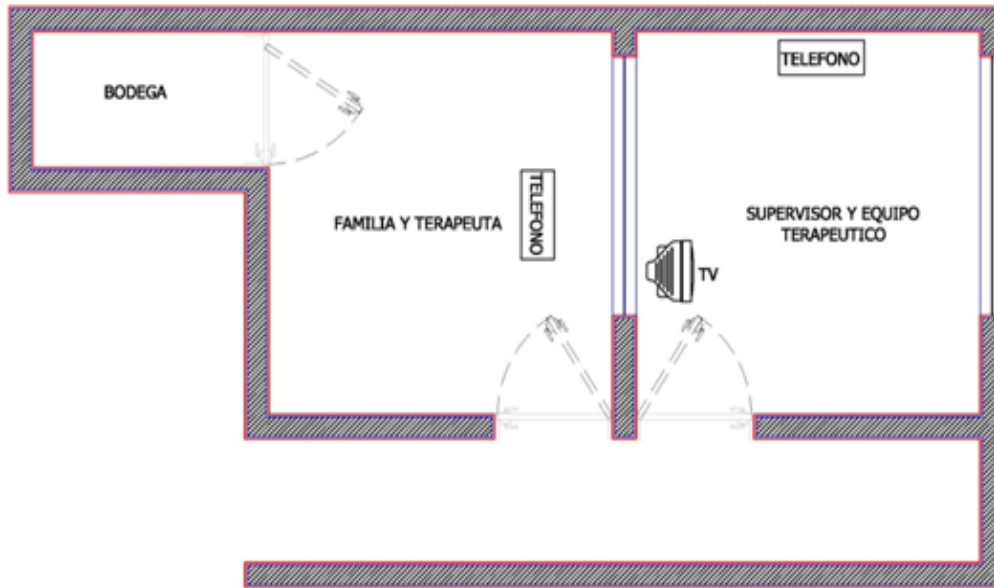


Fig. 1. Diagrama de la Clínica de Terapia Familiar FESI

CCH Azcapotzalco

En el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco el servicio de Terapia Familiar se brinda en la sala de lectura del edificio del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN). En este espacio también se encuentra una cámara de Gesell, el funcionamiento es igual que en la sede de la FESI (Ver Figura 2).

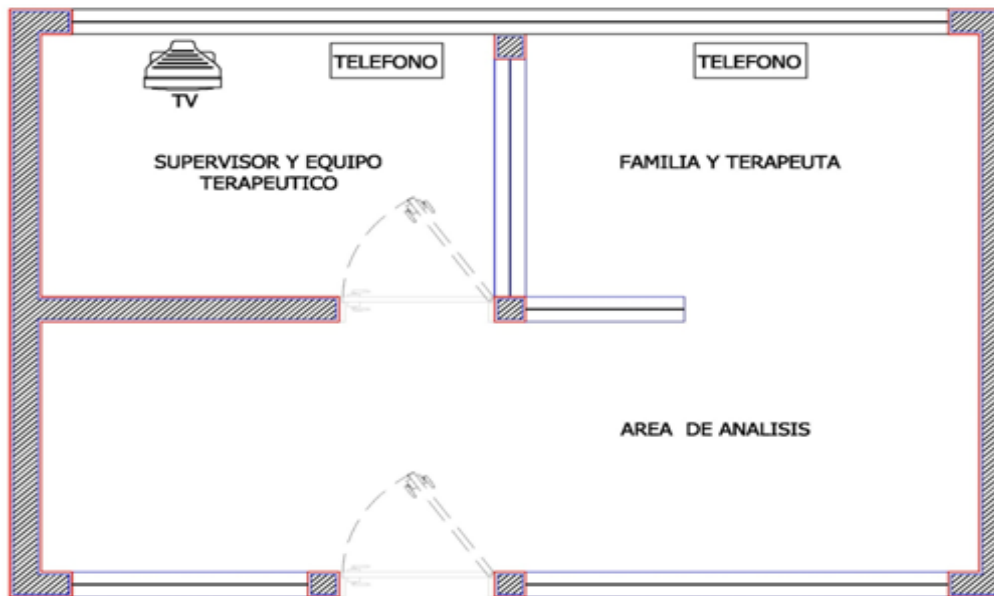


Fig. 2. Diagrama de la sede en el CCH Azcapotzalco

Unidad de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del ISSSTE

En la Unidad de Medicina Familiar “Tlalnepantla” se tienen las sesiones de Terapia Familiar Supervisadas en el consultorio de la psicóloga de ese centro de salud, por lo que en el mismo consultorio se ubican el terapeuta, la familia consultante, la(s) supervisora(s) y el equipo de terapeutas; el terapeuta se encuentra frente al equipo, y éste a espaldas de los consultantes, de modo que un pizarrón que se encuentra a la vista del terapeuta, en el fondo del consultorio, es el lugar en el que la(s) supervisora(s) anota las sugerencias necesarias para el terapeuta.

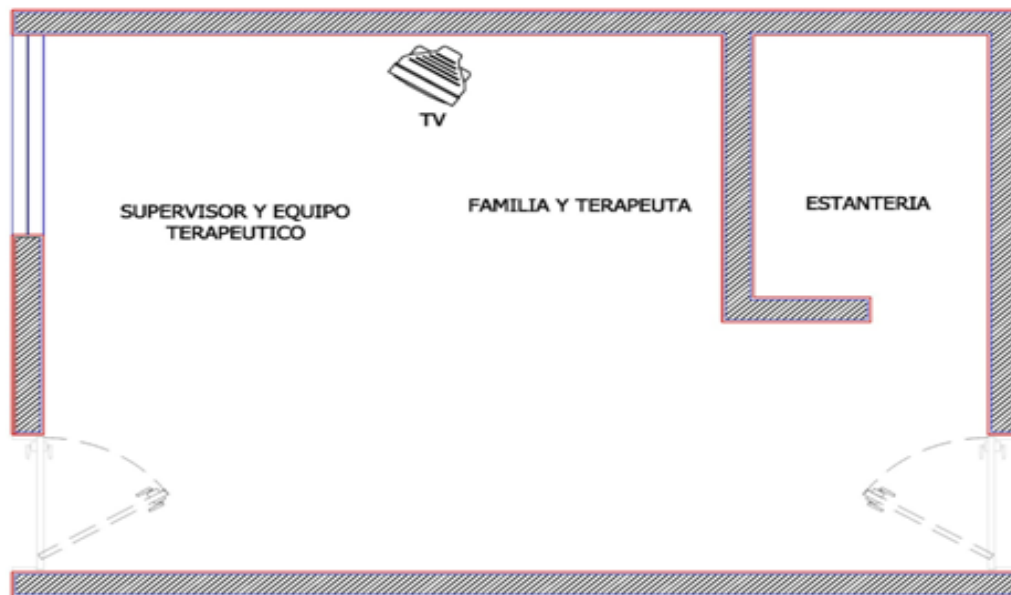


Fig. 3. Diagrama de la sede en el ISSSTE Tlalnepantla

1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala

El sistema de atención con que se da el servicio en la Clínica de Terapia Familiar es abierto a cualquier persona que lo solicite. La solicitud se hace llenando una papeleta que se encuentra en un buzón ubicado al lado de la puerta de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala en el Edificio de Endoperiodontología. Dicha papeleta será revisada por la encargada de la Clínica, la cual canalizará al solicitante con alguno de los terapeutas de la residencia; una vez que un terapeuta del programa posee los datos, tiene el compromiso de agendar una cita con los solicitantes para iniciar un proceso

psicoterapéutico; la llamada es para acordar la primera sesión, y para recabar algunos datos importantes sobre la familia consultante, por ejemplo: los antecedentes familiares.

Después de que se acude a la primer sesión, se siguen programando encuentros subsecuentes cada 15 días los martes o jueves con el objetivo de brindar una psicoterapia familiar, esto continua sucediendo hasta que el sistema terapéutico total lo requiere. El costo de este servicio es de \$50 y este dinero debe ser pagado en la caja de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FES Iztacala, ahí se le otorgan al paciente dos papeletas, de las cuales una debe de ser entregada al terapeuta, para llevar un control de los pagos. Las sesiones clínicas se programan cada 15 días, los martes y/o jueves, hasta la solución de la demanda y/o acuerdo entre los participantes (familia y terapeutas).

CCH Azcapotzalco

En la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco, los pacientes son canalizados por el Departamento de Psicopedagogía de tal colegio. Este organismo universitario sólo refiere a terapia familiar a los alumnos y trabajadores del plantel y a sus familias, sobre todo cuando consideran que éstos mantienen dificultades: académicas, familiares, emocionales y sociales.

El modo de operar del sistema de atención de la Clínica de Terapia Familiar del CCH es: 1) Un miembro del equipo de terapeutas se dirige al Departamento de Psicopedagogía de la institución, 2) Se le dan al terapeuta varios casos que han sido recogidos a lo largo del semestre; 3) Los casos se reparten entre los terapeutas de la Residencia en Terapia Familiar; 4) Cada terapeuta se contacta con la familia que solicita ayuda y aprovecha este contacto para recabar datos sobre el sistema que mantiene el problema, y dar la cita para la primer reunión terapéutica. Se tienen sesiones clínicas cada 15 días, hasta la solución de la demanda y/o acuerdo entre los participantes (familia y terapeutas). Esta atención no tiene ningún costo.

Unidad de Medicina Familiar ISSSTE "Tlalnepantla"

La psicóloga de la institución de este centro de salud, es quien determina y canaliza los casos que serán atendidos por los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica; así es como semestre a semestre entrega dos casos a cada terapeuta familiar; éste último se pone en contacto con las familias o pacientes solicitantes con el objetivo de hacer una entrevista telefónica y también para dar una primer cita de terapia. Las sesiones son quincenales y se mantienen hasta la resolución de la demanda.

La población que se atiende en esta sede está constituida exclusivamente por derechohabientes, sus familiares y los trabajadores del mismo Instituto, lo que implica que el servicio no tiene un costo.

A petición de la Institución de salud, el terapeuta debe utilizar una bata blanca, además de llenar un formato que se incluye en el expediente del paciente en el ISSSTE.

1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico

En los diferentes escenarios clínicos, la forma de trabajar es básicamente la misma: hay un terapeuta a cargo de dirigir la sesión con la familia y el resto de los terapeutas en formación conforman un equipo de observación y reflexión. Además, en cada sesión están presentes una o dos supervisoras (es), quienes ocasionalmente pueden intervenir en la sesión a través de algún comentario, sugerencia o pregunta para el terapeuta a cargo de la sesión, ya sea por vía telefónica, o través del pizarrón en el caso del ISSSTE.

Durante el primer semestre, los alumnos de la residencia sólo acuden a las prácticas como observadores y comparten el espacio con uno de los grupos de la generación anterior, por lo tanto, únicamente participan presenciando el trabajo de sus compañeros de 3^{er} semestre. A partir del segundo semestre ya se atienden por lo menos 2 casos por semestre, como terapeuta principal, más los casos de los compañeros en los que se participa como equipo. Al cursar el 3^{er} semestre, nuevamente se incorporan los compañeros de 1^o como observadores, y para el siguiente semestre se vuelven a trabajar solamente con los compañeros de generación.

Cada sesión se subdivide en 5 partes:

1. Sesión previa. En esta parte los terapeutas se reúnen para leer la ficha de la entrevista telefónica o el acta correspondiente a la sesión previa.
2. Sesión. Los terapeutas se reúnen con la familia y se interesan por realizar solicitudes de información, a la vez que están atentos al estilo interaccional de la familia y al modo en que la información se revela.
3. Discusión de la sesión. En esta etapa los terapeutas se reúnen nuevamente sin la familia con el fin de discutir el desarrollo de la etapa previa de la sesión.

4. Conclusión de la sesión. Los terapeutas encargados de conducir la sesión frente a la familia vuelven a la sala de terapia para dar conclusión a la sesión, normalmente mediante un breve comentario o una prescripción.
5. Postsesión. De nuevo se reúnen los terapeutas sin la familia para discutir las reacciones generadas con el comentario o la prescripción y para realizar nuevas hipótesis, así como para dar retroalimentación al terapeuta sobre su trabajo.

Esa es la forma de trabajo en las diferentes sedes, con la diferencia de que en el ISSSTE, en vez de que el terapeuta pase al espacio donde se encuentra el equipo durante la pausa, se le pide a la familia que salga un momento del consultorio.

Cada sesión es videograbada en formato digital y posteriormente es revisada por el terapeuta, a partir de ella se elabora el “acta de sesión” en donde se plasman las características principales del caso, el resumen de la sesión reportada y un breve bosquejo de lo que se planea para la sesión siguiente. Esta acta se llena con base a un formato previamente estipulado y se fotocopia para entregarle una copia a cada integrante del equipo, a las supervisoras y también se coloca en el expediente del caso, que queda en el archivo de cada clínica, excepto en el ISSSTE que requiere un formato diferente que pueda leer el médico, la psicóloga o la trabajadora social de la institución.

El siguiente cuadro expone de forma resumida, el trabajo que realicé como observador, en el primer semestre, y como parte del equipo terapéutico, en los últimos tres, con las familias que se atendieron a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar:

FAMILIA	SEDE	ETAPA DEL CICLO VITAL	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO TERAPÉUTICO
PRIMER SEMESTRE				
1	ISSSTE “Tlalnepantla”	Familia con hijos adultos	Alopecia	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
2	ISSSTE “Tlalnepantla”	Nido vacío	Disfunción familiar y alucinaciones	Modelo Narrativo y Equipo Reflexivo
3	ISSSTE “Tlalnepantla”	Familia con hijos adolescentes	Falta de control de las emociones negativas	Modelo de Terapia Breve del MRI e Hipnosis
4	ISSSTE “Tlalnepantla”	Familia con hijos pequeños	Depresión	Modelo Narrativo
5	ISSSTE “Tlalnepantla”	Familia con hijos pequeños	Depresión y disfunción familiar	Modelo de Terapia Breve del MRI
6	ISSSTE “Tlalnepantla”	Familia con hijos adolescentes	Depresión	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

7	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adultos	Crisis de angustia	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
8	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos en edad escolar	Falta de control de los hijos	Modelo Estructural
9	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adolescentes y en edad escolar	Miedos infantiles	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo
10	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos en edad escolar	Falta de control sobre el niño	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
11	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adolescentes	Depresión	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
12	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adultos y adolescentes	Tristeza	Modelo de Milán
13	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adultos y adolescentes	Depresión	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
14	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adolescentes	Divorcio de los padres	Modelo de Terapia Estratégica
15	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adolescentes	Miedo a la soledad. Aceptación de preferencia sexual	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
SEGUNDO SEMESTRE				
16	Clínica de la FESI	Partida del hogar	Depresión	Modelo Estructural
17	Clínica de la FESI	Familia con hijos adultos	Depresión	Modelo de Terapia Estratégica
18	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes	Disfunción familiar	Modelo Estructural
19	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes	Violencia intrafamiliar	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
20	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes	Falta de control de los hijos adolescentes	Modelo Estructural
21	Clínica de la FESI	Familia con hijos en edad escolar	Problemas para controlar a los hijos	Modelo Estructural
22	Clínica de la FESI	Familia con hijos en edad escolar	Déficit de atención e hiperactividad	Modelo Estructural
23	Clínica de la FESI	Familia con hijos adultos	Depresión	Modelo de Terapia Breve del MRI
24	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes	Alcoholismo	Modelo Estructural
25	Clínica de la FESI	Familia con hijos en edad escolar	Depresión	Modelo Estructural
26	Clínica de la FESI	Familia con hijos pequeños	Problemas de pareja	Modelo de Terapia Breve del MRI
27	Clínica de la FESI	Familia con hijos adultos	Adicción y conductas delictivas de un hijo	Modelo Estructural

TERCER SEMESTRE				
28	Clínica de la FESI	Familia con hijos en edad escolar	Divorcio	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
29	Clínica de la FESI	Familia con hijos pequeños	Violencia intrafamiliar	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
30	Clínica de la FESI	Nido vacío	Depresión	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo de Milán
31	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes	Violencia intrafamiliar	Modelo Estructural y Modelo de Milán
32	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adultos y adolescentes	Anorexia	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo de Milán
33	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adultos	Violencia intrafamiliar	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
34	ISSSTE "Tlalnepantla"	Adulto viviendo solo	Depresión	Modelo de Terapia Breve del MRI
35	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia reconstituida, formación de la pareja	Problemas de pareja	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
36	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adolescentes e hijos en edad escolar	Miedos infantiles	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo
37	ISSSTE "Tlalnepantla"	Familia con hijos adultos	Depresión	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
CUARTO SEMESTRE				
38	Clínica de la FESI	Familia con hijos adultos	Inseguridad	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones
39	Clínica de la FESI	Familia con hijos adultos y en edad escolar	VIH, homosexualidad y conductas de riesgo	Equipo Reflexivo
40	Clínica de la FESI	Familia con hijos adolescentes y en edad escolar	Problemas de disciplina con los hijos	Modelo Estructural
41	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adultos y adolescentes	Problemas para controlar a los hijos adolescentes	Modelo Narrativo y Equipo Reflexivo
42	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adolescentes	Adicciones	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo
43	Clínica del CCH Azcapotzalco	Familia con hijos adultos y adolescentes	Problemas para controlar a los hijos adolescentes	Modelo Narrativo y Equipo Reflexivo

Como vemos la diversidad de temáticas atendidas fue muy amplia y variada, el panorama de la Terapia Familiar permite abordarlas ya que ha ido avanzando y desarrollando nuevos modelos, nuevas miradas como propuesta para ayudar en los problemas que padece la familia.

A continuación se presentan las posibilidades y alcances de varios de estos modelos.

Capítulo 2

II. MARCO TEÓRICO

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

2.1.1. Teoría General de los Sistemas

El modelo mecanicista o reduccionista aísla los elementos de un universo observado, en pequeños segmentos, en entidades atomizadas, en procesos parciales con el fin de descubrir, determinar y predecir nuevos hechos de los fenómenos estudiados teniendo profundidad en su saber y encontrándose incomunicado por la poca extensión con la totalidad en el que está involucrado. Sin embargo, los teóricos de la *totalidad organismica* señalan la necesidad de estudiar no sólo partes y procesos aislados, sino resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultante de la interacción dinámica de partes y que hacen diferente el comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) se propone en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, al centrarse en la exploración científica del todo y sus partes, la TGS, es propuesta por Ludwig Von Bertalanffy, la cual fue dada a conocer alrededor de 1947, al término de la Segunda Guerra Mundial. Esta teoría tiende a la integración en las diferentes ciencias naturales y sociales, al elaborar principios unificadores que corren vertical y horizontalmente por el universo de las ciencias, esta teoría nos acerca a la meta de la unidad de la ciencia (Bertalanffy, 1986), sin embargo, su obra fue recibida por filósofos, matemáticos y biólogos con incredulidad por fantástica y contundente, por considerar que puede ser aplicable a las matemáticas, así como a todas las demás ciencias.

En 1954 se formó la *Sociedad para la Investigación General de Sistemas*, cuyo objetivo se enfocaba en “impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento” (Bertalanffy, 1986). Sus principales funciones eran: investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro, estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos, minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos y promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas. A partir de esto la teoría quedó reconocida como una nueva alternativa para la investigación científica.

Esta teoría trata sobre las totalidades y las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. Esto la llevó a ser considerada una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, por lo cual tuvo gran aceptación entre la comunidad científica de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Bertalanffy considera que la realidad es una totalidad, que no puede ser prevista o explicada por medio del estudio de partes aisladas.

El objetivo de la TGS es encontrar los isomorfismos en las leyes en diferentes campos, lo que significa encontrar la uniformidad estructural en los esquemas que estamos aplicando. Se enfocaba en una concepción del mundo como totalidad que presenta uniformidades estructurales manifiestas por rasgos isomórficos en los diferentes niveles y ámbitos. Al mismo tiempo, se propone un lenguaje común que sirviera como punto de unión entre las diversas ciencias especializadas, el cual permita el intercambio de conocimientos entre los científicos, lo cual aumentaría el caudal de la ciencia en su totalidad.

Algunos **conceptos de la TGS** son los siguientes:

Sistema, Bertalanffy (1986), lo define como “conjuntos de elementos en interacción”. Todos los fenómenos están integrados por los aspectos que los componen, así como por las interrelaciones que se generan entre ellos. Forman entidades de interacción dinámica de partes cuyo valor cognitivo difiere si en su comportamiento se estudian aisladas o dentro de un todo. Los sistemas están formados a su vez por partes o subsistemas y son partes de totalidades mayores o supersistemas. El concepto de sistema se trata de englobar a la célula, al ser humano, a las máquinas autorregulables o al universo.

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados; un sistema abierto intercambia materia con el medio circundante, intercambian energía e información con su entorno, envían y reciben mensajes. Ejemplo de estos sistemas son los sistemas vivos, los sistemas sociales, la familia.

Los sistemas cerrados no efectúan ningún tipo de intercambio de energía o información con su medio ambiente, un ejemplo de este sistema es una plancha con termostato, en donde el producto final modifica la corriente de entrada.

Otro concepto es el de sistema relacional, consiste en un grupo constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente (Parsonns y Bales, 1955; citado en Andolfi, 1997).

Para Bertalanffy todo organismo es un sistema, es decir, un orden dinámico de partes y de procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, se considera a la familia como un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por

funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en constante intercambio con el exterior (Andolfi, 1997).

El concepto de *entropía negativa* o *nequentropía*, explican dentro de la termodinámica, los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, al aumentar el grado de orden. La *entropía* es una medida aproximada de la desorganización y el desorden. La falta de entropía en un sistema, conocida como nequentropía, se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado.

Las **propiedades de los sistemas** son las siguientes:

Totalidad. Cada parte del sistema se relaciona con el resto de manera que un cambio en un elemento provoca cambios en otros y en el sistema como un todo. Un elemento no puede ser sumado a otro. Su valor viene determinado por su posición en la estructura del sistema y no por su valor intrínseco. Por lo que la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, sino debe enfocarse en las relaciones existentes entre ellos.

Organización. Se refiere a aquellas relaciones que tienen que existir para que algo sea lo que es, y que permite al observador reconocerlo y clasificarlo como miembro de una clase específica.

Emergentismo. Designa las cualidades y propiedades de los sistemas, cualidades que representan un carácter novedoso, que no podrían haberse predicho a partir del comportamiento de una de sus partes o subsistemas. El emergentismo ocurre cuando un proceso posee sinergia, es decir, que el examen de una o algunas de sus partes en forma aislada no explica o predice el comportamiento del todo, lo que significa que el todo no es igual a la suma de sus partes.

Recursividad. Se refiere a cómo un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otro de mayor tamaño. Lo más importante de esta característica es que, independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, cada uno tiene sinergia, es decir, se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase.

Equifinalidad. Se define como una orientación que permite a los sistemas partir de condiciones iniciales diferentes y arribar a efectos finales similares, o condiciones iniciales similares que conducen a efectos finales diferentes.

2.1.2. Teoría de la Comunicación Humana

A Gregory Bateson junto con su equipo de Palo Alto, California, se les considera los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación. Para Bateson (1998), el fenómeno comunicacional está directamente relacionado con el aprendizaje. Durante la década de 1950's, Bateson encabezaba un gran proyecto que intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado y significante, niveles de tipo lógico, lineal y metafórico y los niveles de aprendizaje-cognición (Hoffman, 1996).

Morris en 1938, seguido por Carnap en 1942 (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997), propuso que el estudio de la comunicación humana se puede subdividir en tres áreas para el estudio de la semiótica: sintáctica, semántica y pragmática.

La sintáctica se define como las reglas de formación y transformación de un lenguaje. Se refiere al modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta, además de los canales utilizados en la comunicación: el ruido, la capacidad verbal, la redundancia inherente a los patrones de comunicación y del lenguaje.

La semántica se ocupa de los significados de los lenguajes. La habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia para que el terapeuta pueda observar la claridad de los mensajes en la familia.

La pragmática se refiere a la conducta lingüística y, por tanto, a los efectos de la comunicación sobre la conducta. Los datos de la pragmática no sólo son palabras, en función de su configuración y significado, que están reguladas por la sintaxis y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y por el lenguaje corporal. Agregaríamos también a las conductas personales los componentes comunicacionales inherentes al contexto, en que la comunicación tiene lugar.

A partir de los trabajos realizados por Bateson y por el equipo del MRI, encabezado por Don D. Jackson, se forjó poco a poco lo que se conoce como la nueva teoría de la comunicación, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación, la cual posee prioridades de naturaleza axiomática (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997). Los axiomas de la comunicación son los siguientes:

1. Imposible no comunicar. Toda conducta es comunicación, es imposible dejar de comunicarse. En una situación de interacción toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o

silencio, tiene siempre valor de mensaje, es decir, influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional. El contenido es la información incluida en el mensaje y el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse. Para Bateson estos aspectos se conocen como referenciales y conativos. El aspecto referencial se un mensaje transmite información, y en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Se refiere a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. El aspecto conativo se refiere a la relación entre los comunicantes.

La comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas entre los comunicantes. De esta forma, entre más “sana” es la relación comunicacional, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculada a la relación y, por el contrario, entre más “enferma” y disfuncional es la comunicación, habrá una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculada con el contenido se vuelve cada vez menos importante.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Se refiere al hecho de que la comunicación puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios de mensajes; sin embargo, quienes participan en la interacción puntúan la secuencia, organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera. Como la puntuación es idiosincrática, es muy común que la falta de acuerdos respecto de la manera de puntuar las secuencias de hechos, sea causa de incontables conflictos en las relaciones humanas.
4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos y será el vehículo del contenido de la comunicación. El lenguaje analógico está determinado por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, señales, etc.) y será el vehículo de la relación.
5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Las relaciones simétricas están basadas en la igualdad, es decir, mientras más hace uno de algo, más hace el otro de eso mismo. Las relaciones complementarias hacen referencia a que mientras más se comporta uno de cierta forma, menos se comporta el otro de esa misma manera; es decir, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

2.1.3. Cibernética

El primer objeto de estudio de la cibernética fueron los procesos de la comunicación y el control de los sistemas naturales y artificiales de Wiener (1954) y Bertalanffy con su Teoría General de los Sistemas (1968), estudió las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo (Sluzki, 1985).

El término cibernética fue acuñado en 1948 por Norbert Wiener, proviene del griego “kubernetes”, que significa timonel, gobierno o piloto, Wiener definió a la cibernética como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano en los animales o en las máquinas (Keeney, 1994; Simon, Stierlin y Wynne, 1997). McCulloch en 1965, describió a la cibernética como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio; Bateson en 1972 la reconoció como la nueva ciencia de la forma y patrones de organización (Sluzki, 1985).

El propósito de la cibernética era desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas como las técnicas específicas que permitieran al hombre no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares con conceptos; a través de un vocabulario único, en un conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas y conceptos que tienen correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y, por lo tanto, puede ponerla en relación exacta, proporcionando un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otras ramas con fluidez y simplicidad (Ashby, 1977; Keeney, 1994).

PERIODOS DE DESARROLLO

Cibernética de Primer orden o de los “sistemas observados”

La cibernética de primer orden se caracteriza por dos periodos: primera cibernética y segunda cibernética (Sluzki, 1985).

La primera cibernética se va nutriendo de la física; apareció en los albores de la ingeniería de la comunicación y de las ciencias de la automatización y la computación como un esfuerzo tendiente a establecer los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo.

Las dos nociones clave de este periodo fueron el concepto de *organización* y el de *información*. Los primeros trabajos en cibernética fueron realizados por Norbert Wiener, quien se centró en los procesos de corrección de la desviación de la media, es decir, en la retroalimentación negativa (feedback negativa),

postulando cómo los sistemas operan para mantener la homeostasis y la neguentropía, como principal ordenador y donde más allá de la entropía positiva yacía el caos y la destrucción del sistema.

El segundo periodo en el desarrollo de la cibernética fue bautizada por Magoroh Maruyama (1963, citado en Sluzki, 1985) como “segunda cibernética”, el énfasis se desplaza a los procesos de ampliación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos, enfatizando en la dialéctica estabilidad-cambio.

La segunda cibernética se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva en los procesos de ampliación hacia la desviación, el desequilibrio y la reestructuración del sistema, moviliza los subsistemas y da otra jerarquía a la unión de éstos, proporcionando una visión homeodinámica en lugar de una homeostática de los procesos sistémicos. En la cibernética de primer orden, el sistema observado se considera fuera del observador.

Las relaciones tempranas entre la cibernética y la terapia familiar consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos que fueron llamados interaccionales. Consistieron en aplicaciones de las nociones cibernéticas al campo de las interacciones humanas y de la resolución de problemas. Dichos modelos surgieron en el Mental Research Institute (MRI), influidos por la teoría del doble vínculo en la comunicación esquizofrénica de Gregory Bateson (Pakman, citado en Von Foerster, 1991). El grupo del MRI dirigido por Don Jackson describe a la familia no sólo como un sistema de partes interrelacionadas, sino, también, como un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación, esto lo habían observado al estudiar familias con pacientes esquizofrénicos, a quienes consideraron rígidos y tendientes a utilizar la retroalimentación en forma negativa como un medio para regresar a su estado patológico (Bateson, 1998).

En la cibernética de primer orden el encuadre terapéutico se refiere a la pauta y a la organización terapeuta-paciente, las cuales están dadas a partir de una perspectiva dicotómica, la de observador-observado, enfermo-sano, etc. En consecuencia, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o a modificar; donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él.

Cibernética de segundo orden o “cibernética de los sistemas observantes”

El curso de las ideas de la cibernética experimentó un cambio radical cuando la fascinación por el estudio de los procesos recursivos condujo a incluir a la misma cibernética entre los objetos de su estudio. Keeney (1994), señala que la *cibernética de la cibernética*, o lo que Von Foerster (1991) llamó *cibernética de*

segundo orden, sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. Se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta; en contraste con la cibernética de primer orden de los sistemas observados, en donde el observador es, por así decirlo, una cámara que registra lo que ocurre afuera de él y sin rendir cuentas de su propia participación al observador.

En la epistemología de la cibernética de segundo orden, el observador es parte de lo que se observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quién genera la descripción (Von Foerster, 1973; Howe y Foerster, 1974; Watzlawick, 1984, citados en Sluzki, 1985).

Con la cibernética de segundo orden, la relación entre cibernética y terapia familiar, que consistía en un traslado de modelos, ahora se encuentra mediada por el desarrollo de una epistemología, en la cual, el terapeuta no es más alguien que describe al sistema “tal cual es” desde fuera, sino alguien que “co-construye” el sistema del que él también es participante, y más aún, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa y genera en dicha participación (Pakman, citado en Von Foerster, 1991).

La relación terapéutica puede describirse, a su vez, como una variante entre niveles de primer y segundo orden cibernético. Por lo general, el terapeuta alterna su pensamiento con el de la familia de afuera y adentro del contexto terapéutico.

Algunos **conceptos de la cibernética** son:

Teleología. El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: morfostasis y morfogénesis.

Morfostasis. Es la tendencia del sistema a mantener constancia, unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. La morfostasis, también llamada homeostasis, es posible gracias a la puesta en marcha de mecanismos con retroalimentación negativa en el sistema.

Morfogénesis. Este concepto fue introducido por Mayurama para describir fenómenos de cambio en las estructuras de un sistema, gracias a la retroalimentación positiva o de secuencias que actúan para amplificar la desviación. La morfogénesis se centra en la tendencia del sistema a cambiar y a crecer,

comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia.

Sistema abierto. Este es un concepto que comparte con la Teoría General de los Sistemas, se refiere a que todo organismo viviente se mantiene en una continua incorporación y eliminación de material sin alcanzar, mientras se encuentre con vida, un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme. Andolfi (1997) señala a la familia como un sistema vivo y abierto que está en constante transformación adaptándose a las exigencias planteadas dentro de los diversos estadios de desarrollo, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencias homeostáticas y capacidades de transformación; circuitos retroactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed-back) orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis del sistema (retroalimentación negativa), o bien hacia un cambio (retroalimentación positiva) (Speer, 1970 citado en Andolfi, 1997).

Retroalimentación, retroinformación o feedback. Se refiere a la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. La retroalimentación permite conservar un equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio.

2.1.4. Constructivismo

Desde una postura constructivista, el sujeto observador es quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior (Glaserfeld, 1996), la realidad puede ser interpretada en distintas formas (Feixas y Villegas, 2000). Así, la idea de adquirir un conocimiento “verdadero” acerca de la realidad se desvanece (Neimeyer, 1998). Esta visión contrasta con la postura tradicional, el objetivismo, al sostener que la realidad se presenta directamente en la mente del sujeto, quien recibe pasivamente los estímulos del entorno, al considerar que existe un mundo independiente del observador, que puede conocer y describir. Mientras que para el constructivista, los sentidos sólo nos hacen sensibles a la experiencia, en la construcción de la cual nuestro sistema participa activamente, donde el observador no es independiente del objeto que observa. El sujeto interactúa con el objeto. Eso permite negar la independencia ontológica de sujeto y objeto. Maturana y Varela demostraron que lo que nosotros vemos es resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros y no una copia fiel de la realidad (Elkaïm, 1996).

Los pensadores constructivistas rechazan la validez absoluta de cualquier conocimiento directo de la realidad, por lo que han entrado en discusiones. La cuestión de la validez nos lleva a plantearnos más directamente el proceso de la experiencia. La unidad básica de la experiencia la constituyen los actos discriminativos, es decir, la capacidad de una diferencia o distinción. Bradford Keeney (1994) considera que el “acto epistemológico más básico es trazar una distinción”. Es sólo distinguiendo un patrón de otro que somos capaces de “conocer, al trazar una distinción formamos un constructo, que no es más que la captación de una diferencia” (Feixas, et. al.,2000).

Bateson destaca que las diferencias o la distinción que efectúa un constructo, no es algo que exista en las cosas del mundo, sino algo que construimos o puntuamos, algo de lo que nosotros –y no la realidad exterior –somos responsables.

La **epistemología constructivista** se basa en la afirmación de que las personas operan de acuerdo con una representación, o un mapa que construyen de la realidad, pero un “mapa no es el territorio” (Bateson, 1982), puede ser más o menos útil según su adecuación, pero no es más que una descripción del territorio en términos del observador (Feixas, et.al., 2000).

La epistemología constructivista tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica, que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado (en un sentido literal, inventar más que descubrir la realidad) (Lyddon, 1998 y Neimeyer, 1998). Desde una **posición constructivista** la realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida. No se tiene acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género. Además, hay que tener en cuenta los límites que nos confiere la organización del sistema nervioso de nuestra especie.

Existen diversas posiciones respecto de la manera en que construimos nuestras representaciones del mundo; tal es el caso del **constructivismo radical** y el **constructivismo social**, que son base importante del enfoque sistémico, especialmente en la psicoterapia.

El constructivismo radical, no niega la existencia de una realidad física ontológica (objetiva); lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad (conocimiento). Al señalar que los conceptos... no tienen una representación icónica o representacional con nada que pueda “existir” fuera del sistema que conoce. La realidad surge a partir de las estructuras perceptuales y cognitivas relativamente duraderas del conocedor (Lyddon, 1998).

Von Glasersfeld (2000), señala que el constructivismo radical, desarrolla una teoría del conocimiento en donde este ya no refleja una realidad ontológica objetiva, sino exclusivamente un ordenamiento y una organización del mundo constituida por nuestra experiencia.

Los terapeutas constructivistas no niegan la existencia del problema, pero tampoco buscan la verdadera causa del problema, sino parten del supuesto de que existen varias maneras de representar y explicar una determinada forma de actuar, sin que exista alguna forma de demostrar cuál es más verdadera que otra. Lo que una persona o una familia construye como problema, los intentos de solución y la meta del tratamiento, son siempre relativas; porque, lo que para una familia constituye un problema, para otra puede ser lo más normal, y lo que resuelve el problema para alguien, para otro no es la solución.

La tarea del terapeuta, desde esta postura, es entender por qué una persona construye algo indeseable o problemático; por qué desea cambiar esa forma de ser. Por otra parte, uno de los posibles procedimientos para resolver el problema puede constituir en construir una nueva forma de ver las cosas; construir una nueva realidad más funcional conjuntamente con la familia. Donde el terapeuta crea un contexto donde el cambio sea posible.

Hoffman (1989), desde el punto de vista del enfoque sistémico constructivista, considera los siguientes supuestos:

- No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados. Cambiar el foco de la conducta a la idea; el interés no se centra en los sistemas intrapsíquicos, sino en ideas personales y colectivas.
- El terapeuta mantiene una posición de neutralidad, pluralidad o multiparcialidad; esto significa que intenta encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema más allá de que le gusten o le repugnen, lo cual también nos conduce a una neutralidad.
- Se da una relativa ausencia de jerarquías. La opinión del terapeuta es considerada como una más en la conversación, puesto que no existe una interpretación más verdadera que otra de la realidad.

Algunos **pensadores que contribuyeron con una orientación constructivista en la Terapia Familiar Sistémica** (Feixas y Villegas, 2000):

Gregory Bateson, a quién se le considera una pieza clave en el nacimiento de la terapia familiar sistémica. Su contribución es a través de una crítica al pensamiento lineal – relaciones, causa – efecto, la existencia de una causa real y verdadera para cada acontecimiento y la capacidad humana para conocerla -, al proponer lo que es el *pensamiento circular*. Keeney (1983, citado en: Feixas y Villegas, 2000) propone el

término de *epistemología cibernética* para denominar un paradigma alternativo, según el cual “la realidad vivencial es construida por nosotros” y “no hay correspondencia directa entre un suceso que ocurre “fuera” de nosotros y nuestra experiencia interior de él”, donde el observador, de acuerdo con esta epistemología, no es ajeno a lo observado, sino que participa en este proceso de observación. Años después el mismo Keeney propone el término *constructivismo* para denominar esta postura epistemológica.

Bateson reconoció explícitamente la actividad constructivista humana: las personas creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras propias presuposiciones, premisas y nuestras propias expectativas. Tanto Bateson como Keeney consideran fundamental el papel de la anticipación o la expectación, como una parte inseparable, del proceso de construcción. Bateson describió este proceso en términos de “patrones de puntuación de acontecimientos”. Cada individuo puntúa una secuencia de hechos de una forma idiosincrática que puede o no, coincidir con otra persona que participa de la misma situación. En este sentido, puntuar significa atribuir un inicio concreto a una secuencia de acontecimientos, que se constituyen, de forma más o menos explícita, en causa de dichas secuencias.

La atención por las expectativas de futuro a dado lugar a varias nociones y prácticas sistémicas. Por ejemplo, la idea de profecías autocumplidoras. Peggy Penn utiliza el concepto cibernético de feed – forward para exponer el uso potencial de las preguntas orientadas a futuro: promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, favorecen el aprendizaje, descartan ideas de predestinación y se dirigen al modelo específico de cambio en el sistema.

Salvador Minuchin y Carlos Sluzki (1985, citado en: Feixas y Villegas, 2000) consideran al terapeuta como constructor de nuevas realidades. El último manifiesta su posición constructivista en diversas publicaciones al sostener que cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que percibe de modo que pase a ser percibido como realidad. Los integrantes del grupo de Milán, a través del uso del interrogatorio circular, adoptan la posición constructivista (Hoffman, 1989).

Lynn Hoffman (1989) ha narrado que la evolución constructivista del movimiento sistémico ha sido el cambio del foco de las secuencias interaccionales de conducta hacia el interés preponderante del significado. Describe esta evolución como un movimiento pendular que va de la conducta al significado.

Desde el punto de vista de Feixas y Villegas (2000), la terapia constructivista aglutina un buen número de terapeutas sistémicos como: Hoffman, Dell Tomm; otros se inspiran más bien por los epistemólogos constructivistas radicales: Maturana, Varela y Von Foerster; mientras que Sluzki y Minuchin derivan su

postura constructivista de su práctica clínica y de una reconceptualización de la misma, siendo más tangencialmente influidos por estos epistemólogos.

2.1.5. Construcción Social

Muchas personas confundieron la teoría del construccionismo social con el constructivismo; las dos son muy diferentes. Gergen (1985, citado en Hoffman, 1996), señala que existe un terreno común, ambas se oponen a la idea del modernismo de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. El constructivismo parte del supuesto de que la construcción del saber es a partir de procesos intrínsecos del individuo, mientras que el construccionismo social liga las fuentes de acción humana a las relaciones sociales.

El construccionismo social parte del supuesto de que las ideas, los conceptos, surgen y se transforman en el intercambio social y son mediados por el lenguaje (Hoffman, 1996).

Las raíces y los fundamentos de esta tendencia retoman la premisa lewiniana según la cual la acción humana depende de procesos cognitivos de la información, y por tanto, del mundo tal y como es conocido (Feixas y Villegas, 2000). A finales de los ochenta la teoría del construccionismo social empieza a tomar fuerza en los Estados Unidos, y se reconoce a Kenneth, J. Gergen como uno de sus principales representantes en el campo de la psicología, quien intenta ligar las fuentes de acción humana a las relaciones sociales, al afirmar “la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación” (ElKaïm, 1996).

El construccionismo social considera el discurso del mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino como un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá de una perspectiva endógena y exógena al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social.

El construccionismo social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven (incluyendo su propia participación). Para ello Kenneth Gergen (1996) considera las siguientes hipótesis:

1. Lo que consideramos conocimiento del mundo está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como “hombre”, “mujer” o “enojo” están definidos desde un uso social de los mismos.

2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre las personas; e históricamente situados. Desde esta posición el proceso de entendimiento no es dirigido automáticamente por las fuerzas de la naturaleza, sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
3. El grado hasta el cual una forma de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.).
4. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con muchas otras actividades sociales en las que participan las personas. Las descripciones y las explicaciones del mundo constituyen en sí las mismas formas de acción social.

Los pensadores construccionistas sociales intentan trascender las teorías endógenas y exógenas del conocimiento, sugiriendo que éste no reside exclusivamente en la mente de los individuos (endógeno) o en el medio (exógeno) sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico (Lyddon, 1998).

Gergen (1991, citado por Lyddon, 1998), menciona que una de las limitaciones significativas de las perspectivas endógenas y exógenas es cuando se llevan a los extremos, por lo que él ha definido una epistemología construccionista social, la cual presta atención a la manera en que influyen las conversaciones del lenguaje y de otros procesos sociales (negociación, persuasión, poder, etc.) en los relatos que proceden del “mundo” objetivo. El énfasis no se centra en la mente individual sino en los significados de las personas a medida que generan colectivamente descripciones y explicaciones en el lenguaje.

La esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales están limitadas por el medio social, es decir, por el contexto del lenguaje compartido, los sistemas de significados que se desarrollan, permiten y evolucionan a lo largo del tiempo.

Los teóricos del construccionismo social se colocan francamente dentro de una tradición posmoderna (Elkaïm, 1996). Deben mucho a las críticas textuales y políticas representadas por las ideas deconstruccionistas de críticos literarios como Jacques Derrida, en Francia, derivados de los pensadores neomarxistas de la Escuela de Francfort y de Michael Foucault, que volvió a dar preeminencia la término poder con su análisis de la manera en que las relaciones de dominación y sumisión están incorporadas (Hoffman, 1996). El construccionismo social apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrolables o absolutas, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás. Al respecto, Kenneth Gergen (citado en: Elkaïm, 1996) sostiene que los significados, el sentido

del “yo” y las emociones nacen en un contexto intrínsecamente relacional: no solamente el “yo” y el “tú” no se manifiestan más que en el seno de los diálogos permitidos por las relaciones humanas, sino que la identidad misma se produce por las narraciones que emanan de los intercambios entre personas.

Anderson y Golishian (1996) especifican la influencia que tiene el construccionismo social en la Terapia Familiar:

- Al desplazarse rápidamente hacia una posición hermenéutica e interpretativa. Al destacar que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan (Elkaïm, 1996).
- Esta posición anida en el ámbito de la semántica y la narrativa; apoyándose fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.
- Desde el construccionismo social la persona vive y entiende su vida, a través de realidades narradas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humano.
- La psicoterapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio.
- Desde esta postura no se habla de patología, no se busca la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas. Gergen (1996) considera que a medida que el acento se desplaza a la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio ontológico; ya que no son independientes, sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

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

2.2.1. Modelo Estructural

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

Este modelo de terapia familiar fue desarrollado por Salvador Minuchin, quien fue entrenado como psiquiatra infantil por Nathan Ackerman. Minuchin adaptó su práctica como psiquiatra para resolver dificultades de familias multiproblemáticas, de clase baja, pertenecientes a las minorías de los Estados Unidos. Este contexto histórico especial, donde un mayor número de la población requería servicios de atención psicológica especializados que no sólo aliviaran el síntoma de un miembro, obligó a Minuchin y a sus colegas a desarrollar nuevos conceptos, basados en teorías sociológicas y técnicas concretas, orientadas a la acción, aplicables a dichas familias. Para finales de los setentas, la Terapia Familiar Estructural se convirtió en el sistema de terapia familiar más influyente y practicado en Estados Unidos.

Se reconoce como representante del modelo Estructural a Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino, en colaboración con Braulio Montalvo y Charles Fishman.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Estructura Familiar. Se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos de interacción de los miembros de una familia. Opera mediante pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse (Minuchin, 1979).

Límites. Son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Sirven para proteger la diferenciación del sistema o evitar que haya interferencia entre subsistemas, para que cada uno pueda cumplir sus funciones y demandas específicas. Existen tres tipos de límites (Minuchin, 1979): 1) Claros, las funciones de cada subsistema están diferenciadas y existe contacto entre los subsistemas; 2) Difusos, el contacto o la comunicación entre los subsistemas es excesivo, lo cual dificulta la diferenciación de las funciones; 3) Rígidos, existe una diferenciación de las funciones de los subsistemas, pero la comunicación es difícil y se perjudica la protección de los miembros.

Subsistemas Familiares. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de la familia, tales subsistemas se pueden agrupar en torno a características como la generación, el género, los intereses o las funciones. Cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Se considera la existencia de cuatro subsistemas útiles para el entendimiento del funcionamiento de la familia (Minuchin, 1979):

1. Subsistema Conyugal. Se constituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de constituir una familia. En este subsistema es necesario desarrollar complementariedad y acomodación mutua, lo cual implica ceder parte de la individualidad de cada uno para aceptar la interdependencia y la intimidad. Deben establecerse límites claros para que no sufra la interferencia de las demandas y necesidades de otros subsistemas. Sin embargo, los límites no deben tornarse rígidos, ya que puede aislarse y sobrecargarse este subsistema.
2. Subsistema Parental. Se forma por una diferenciación del subsistema conyugal y se encarga de la socialización de los hijos, trazando límites que permiten el contacto de los hijos con ambos padres, pero que a la vez los excluyen de las relaciones conyugales. Los padres requieren guiar, proteger y ejercer control, mediante una autoridad flexible y racional que se adapte al desarrollo evolutivo de los hijos.
3. Subsistema Fraternal. Está compuesto por los hermanos. En este subsistema los hermanos aprenden a cooperar, competir, negociar, hacer amigos, obtener reconocimiento, de tal manera que todas estas habilidades puedan ser utilizadas en su mundo social; al mismo tiempo, los hijos también aprenden formas de relación fuera de la familia, tales formas de relación las incorporan al subsistema fraternal. Por otro lado, es importante proteger a los hijos de la interferencia paterna, de modo tal que ejerciten su derecho a la privacidad y tengan sus propias áreas de interés.
4. Subsistema Individual. Incluye el concepto de sí mismo en contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo así como los aportes actuales del contexto social. El individuo debe desarrollar la pertenencia y la individuación (Minuchin y Fishman, 2008).

Tipología de las Familias. El modelo estructural concibe a dos tipos de familias que se encuentran en los extremos de un continuo. Por un lado están las familias *apartadas* o *desligadas*, son aquellas donde las conexiones entre sus miembros son débiles o inexistentes, y las acciones de los individuos tienen escasa resonancia dentro del sistema. En el otro extremo del continuo encontramos a las familias *aglutinadas* o *enredadas*, estas se caracterizan por la presencia de conexiones excesivas, donde las acciones de los

individuos tienen un efecto inmediato en los demás miembros. En las familias desligadas se favorece la autonomía a costa de la pertenencia, mientras que en las aglutinadas se favorece la pertenencia a costa de la autonomía (Hoffman, 1987).

También plantea ciertas **composiciones familiares**, las cuales son:

- FAMILIAS DE PAS DE DEUX. Se forman con sólo dos miembros de una generación o de dos generaciones y generalmente existe mutua dependencia, resentimiento y dificultades de desarrollo e individuación para el hijo.
- FAMILIAS DE TRES GENERACIONES. Una disfunción frecuente en este tipo de familias es el establecimiento de una coalición transgeneracional que señala a algún miembro como chivo expiatorio.
- FAMILIAS CON SOPORTE. Son familias multitudinarias, en las cuales se delega la autoridad y las responsabilidades parentales en los hijos mayores, estos hijos pueden convertirse en hijos sintomáticos.
- FAMILIAS ACORDEÓN. En estas familias alguno de sus miembros, generalmente alguno de los progenitores, tiene una presencia temporal, causada por razones laborales, lo cual genera problemas en el sistema.
- FAMILIAS CAMBIANTES. Son familias que cambian constantemente de domicilio.
- FAMILIAS HUÉSPEDES. Se caracteriza porque uno de los miembros que la compone es temporal.
- FAMILIAS CON PADRASTRO O MADRASTRA. Se forman cuando algún progenitor adoptivo se agrega al sistema familiar, sufren conflictos en el periodo en el que el nuevo progenitor se integra.
- FAMILIAS CON UN FANTASMA. Son familias en las que uno de sus miembros ha desaparecido (muerte o abandono) y los miembros restantes no pueden aceptar tal ausencia.
- FAMILIAS DESCONTROLADAS. Alguno de sus miembros presenta síntomas en el área de control.
- FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS. Alguno de sus miembros presenta problemas psicosomáticos ya que la familia parece funcionar mejor cuando alguien está enfermo. Presentan amalgamamiento, sobreprotección, sobre involucramiento, evitación de conflictos y extrema rigidez.

El Modelo Estructural utiliza los conceptos de **funcionalidad y disfuncionalidad** en relación a las variables estructurales. Los sistemas *disfuncionales* son rígidos en sus alianzas y coaliciones, los límites entre

subsistemas son demasiado difusos o demasiado rígidos, los miembros de la familia se ven forzados a entrar en triángulos, de manera que se desvíen los conflictos y las jerarquías sea afectadas por alianzas intergeneracionales permanentes.

Se considera que un patrón de interacción es *funcional* cuando la organización estructural de un sistema se adecúa a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. Una forma para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los miembros de la familia. Otro elemento esencial para evaluar la disfunción es el ritmo de cambio durante las transiciones, si es demasiado lento o rápido, la adaptación será problemática (Ochoa, 2004).

El **proceso terapéutico** se desarrolla principalmente en tres etapas: 1) Unión del terapeuta con la familia desde una posición de liderazgo; 2) Desligamiento del terapeuta para evaluar la estructura familiar subyacente; y 3) Creación de circunstancias que permitirán transformar la estructura familiar. Dicho proceso se dirige a provocar una crisis o desequilibrio en la estructura familiar, de modo que se genere una nueva estructura que permita un funcionamiento distinto y posibilite la solución del problema, así como la adaptación a nuevas exigencias evolutivas o contextuales. Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento (Ochoa, 2004), es decir, se establece un contrato terapéutico en el que se llega a un acuerdo sobre la naturaleza del problema y los objetivos de la terapia.

La **unión y el acomodamiento** sirven para crear el sistema terapéutico, consisten en operaciones de asociación realizadas por el terapeuta, las cuales son la base de la terapia, ya que si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer el sistema terapéutico, la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar los objetivos terapéuticos fracasará. El terapeuta requiere *unirse* (emprender acciones para relacionarse con todos los miembros de la familia) y *acomodarse* (adaptarse a la organización y estilo familiares para lograr la alianza) para poder vivenciar las pautas interaccionales del sistema como un observador participante que es confirmado por la familia. Sin embargo, a través del proceso, el terapeuta requiere mantener la capacidad de desligarse, ya que la familia también tiene que acomodarse a él a fin de recibir su mensaje terapéutico (Minuchin, 1979).

El **contrato terapéutico** establece el marco de la terapia, como la forma de trabajo, el horario, la frecuencia de las sesiones, así como los objetivos del tratamiento, los cuales están sujetos a renegociaciones conforme se avanza en el proceso, y pueden enfocarse a problemas intra o extrafamiliares. Al principio la familia puede intentar definir el problema en un solo individuo, sin embargo, se requerirá negociar el contrato de modo que el problema familiar considere a todos los miembros. También es común que el

problema suele localizarse en la forma en que las dificultades en un subsistema afectan a la familia, pero posteriormente se puede enfocar el tratamiento a otro subsistema (Minuchin, 1979).

En este modelo el **diagnóstico** es una hipótesis que se construye en interacción con la familia. El paciente identificado es considerado como el miembro que expresa de modo visible un problema que afecta al sistema en su totalidad, el diagnóstico va encaminado a ampliar la conceptualización del problema. El diagnóstico es interaccional y se modifica constantemente a medida que la familia asimila al terapeuta (Minuchin, 1979).

La evaluación va enfocada al análisis de 6 áreas fundamentales:

1. La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles.
2. La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración.
3. La resonancia del sistema familiar, la sensibilidad del sistema ante cualquier cambio en uno de sus miembros (a este respecto encontramos que la clasificación de las familias sensibles corresponde con las aglutinadas, mientras que las de las familias insensibles corresponde a las desligadas).
4. Al contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y de estrés.
5. Estadio de desarrollo de la familia y cumplimiento de tareas apropiadas al mismo.
6. Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas de la familia.

TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL

Cuestionamiento del Síntoma (REENCUADRE)

Cuando una familia acude a terapia presenta al terapeuta su encuadramiento del problema y de la solución pero el terapeuta debe plantear un encuadre diferente, y lo hace tomando en cuenta lo que la familia considera importante. La tarea del terapeuta es convencer a la familia de que el mapa de la realidad trazado por ellos se puede ampliar o modificar.

Escenificación. Busca que la familia actúe sus interacciones, de manera que el terapeuta pueda observar sus procesos en lugar de atender a los contenidos. El proceso de escenificación se compone de tres movimientos:

1. Observar interacciones espontáneas y elegir áreas de disfuncionalidad. El terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide las áreas disfuncionales que conviene trabajar.
2. Provocar interacciones u organizar secuencias escénicas, buscando que la familia interprete sus pautas disfuncionales por sugerencia y en presencia del terapeuta.
3. Proponer interacciones alternativas. El terapeuta dirige, es decir, solicita a la familia interacciones diferentes a las habituales que son disfuncionales, con esto proporciona motivación a la familia.

Enfoque. La focalización implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar. El tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.

Intensidad. Consiste en aumentar la magnitud o intensidad del mensaje dado por el terapeuta para que la familia “escuche” tal mensaje. Esta intensidad se consigue a través de:

1. Repetir el mismo mensaje varias veces durante la terapia, el mensaje puede ser repetido en la misma forma o el mismo mensaje en varias maneras con metáforas o analogías.
2. La repetición de las interacciones implica dar mensajes que en la superficie parecen diferentes pero que son idénticos en un nivel más profundo.
3. La modificación del tiempo (aumentando o disminuyendo el tiempo de interacción).
4. Ir cambiando la distancia (acercando o alejando a los miembros de la familia). La cercanía o lejanía en que se colocan los miembros de la familia en terapia son datos que nos sirven para plantear hipótesis sobre las alianzas y coaliciones dentro de la familia. Se puede realizar un cambio de la geografía durante la sesión en el consultorio.
5. Resistir a la presión que ejerce la familia. Consiste en que el terapeuta no haga lo que el sistema familiar desea, es como “no hacer caso” a lo que el sistema le solicita.

Cuestionamiento de la Estructura (REESTRUCTURACIÓN)

La terapia es un proceso en el que se cuestiona el “así se hacen las cosas” en los subsistemas familiares, es decir, se realiza un cuestionamiento de la estructura familiar.

Fijación de Fronteras. Esta técnica permite diferenciar las funciones y regular los límites en la familia, para que los miembros realicen conductas pertinentes al subsistema al que pertenecen.

1. Distancia psicológica. Cuando habla uno de los miembros de la familia, el terapeuta observa quien lo interrumpe o completa información, quien confirma o rechaza lo que se dice, quien ayuda a quién. También deberá poner atención en la geografía de la familia en el consultorio pues esta brinda datos sobre alianzas, coaliciones, díadas y tríadas fusionales.
2. Duración de la interacción. Se busca extender o alargar un proceso para demarcar los subsistemas o separarlos.

Desequilibramiento. Busca cambiar la relación jerárquica entre los miembros de un subsistema, cuestionando la distribución del poder dentro de la familia para generar nuevas reglas de relación. Para lograrlo se puede:

1. Aliarse con miembros de la familia. Se recurre a una alianza con algún miembro para modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar; el aliarse con un miembro modifica la posición de todos los demás. La alianza se puede hacer con un miembro dominante o con uno periférico con el propósito de brindarle apoyo.
2. Aliarse de forma alternante. El terapeuta alterna su alianza con los miembros del sistema familiar, esta técnica se utiliza para aliarse con dos subsistemas en conflicto, con lo que se espera producir un cambio en la jerarquía.
3. Ignorar a miembros de la familia. Se considera una técnica muy agresiva ya que el terapeuta descalifica al miembro que ignora, pues lo trata como si no existiera.
4. Establecer una coalición en contra de miembros de la familia. El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia.

Complementariedad. Favorece que los miembros vean que pertenecen a una unidad y se den cuenta de su interdependencia y la responsabilidad que tienen en las conductas de los demás. Para lograrlo, se requiere cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

1. Cuestionamiento del problema. El terapeuta introduce incertidumbre, en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, cuestiona la idea de que el problema pertenezca a un paciente individualizado. En este caso el terapeuta debe ampliar el foco del síntoma, extendiéndolo a más de una persona.

2. Cuestionamiento del control lineal. El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar al sistema familiar. La idea es que cada persona es el contexto de las demás.
3. Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos. Busca cuestionar la forma en que la familia observa y explica lo que sucede introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto.

Cuestionamiento de la Realidad

Además de estructura, una familia tiene un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar, este conjunto de esquemas es su visión de la realidad. Todo cambio en la estructura cognitiva modificará su visión de la realidad y viceversa.

Cuando la familia va a terapia presenta su visión restringida de la realidad y el terapeuta le ofrece una realidad diferente, la cual edifica a partir de los hechos que la familia reconoce como verdaderos.

Construcciones. Las construcciones se refieren a la forma en cómo la familia ha cimentado su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales. Existen diferentes maneras de percibir, pero cada familia elige su esquema explicativo preferencial. Tal esquema explicativo puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia nuevas modalidades de interacción, en las que el síntoma ya no sea necesario.

1. Símbolos universales. Se refiere a la utilización de intervenciones apoyadas en cosas que “todo el mundo conoce” o en instituciones que rebasan el ámbito de la familia.
2. Verdades familiares. Son las justificaciones que la familia utiliza para describir su realidad, de las cuales el terapeuta se vale para propiciar una dirección diferente de las interacciones.
3. Consejo especializado. El terapeuta presenta una explicación diferente a la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

Paradojas. Son intervenciones que buscan cuestionar la realidad de los miembros de la familia a través de plantearles situaciones que desafíen su posición.

Lados Fuertes. Esta técnica tiene como principio rector que la familia tiene la capacidad para solucionar problemas, por más difíciles que estos sean. Se enfatizan las capacidades y recursos dentro de la familia para que puedan cambiar tanto la respuesta de la familia al paciente individualizado como la reducción de las alternativas de interacción.

2.2.2. Modelo Estratégico

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

Para Cloé Madanes (1993) y Paolo Bertrando (2004), los antecedentes de la terapia estratégica se remontan a la terapia estratégica de Milton Erickson. Xóchitl Galicia (2004) menciona que en la obra de Haley se pueden identificar 3 antecedentes que influyen de forma general y directa: una concepción particular de la comunicación construida en relación con lo expuesto en la obra de Gregory Bateson y John Weakland; un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Milton H. Erickson y un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

En 1967 Jay Haley escribe con Lynn Hoffman su segundo libro: *Técnicas de Terapia familiar*, en el que se ilustra por medio de la observación, el trabajo de algunos de los pioneros de la Terapia Familiar, como: Virginia Satir, Don D. Jackson, Carl A. Whitaker y otros menos conocidos como Charles R. Fulweiler y Frank Pittman. Este libro es una observación de estos especialistas en sus primeras entrevistas iniciales, con el fin de develar sus misterios como excelentes terapeutas. Siguiendo esta misma metodología, el tercer libro de Haley (1973) también trata sobre la observación de otro gran terapeuta: Milton H. Erickson, en ésta obra Jay plasma las enseñanzas que obtuvo de M. Erickson durante 17 años.

Para 1976, Haley, después de más de 20 años de modelar terapeutas, bosqueja o plantea lo que es una sistematización de técnicas enfocadas a resolver problemas, se puede decir que después de todos esos años construye sus nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz, y las publica en su libro: *Terapia para resolver problemas*. En 1980, Haley ya cuenta con 30 años de experiencia, desde que comenzó su trabajo con Bateson, y en su último libro centra sus esfuerzos en el ciclo vital de la emancipación juvenil, al considerar que en esta etapa del ciclo vital familiar, llegan a aparecer serios problemas de salud mental, sino se da una independencia adecuada de los jóvenes.

El siguiente libro de Haley (1984) es el de *Terapia de Ordalía*, en él se especifica que una de las tareas del terapeuta, consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema, el requisito de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma.

Ya en la década de los 90's Haley escribe: *Aprender y enseñar terapia*; en esta obra se observa a un Jay Haley más maduro, que se centra en la pedagogía de la psicoterapia, expresa sus puntos de vista sobre la formación de terapeutas, basados en sus 30 años de experiencia en el arte de cambiar a las personas. El

último libro de Haley y Richeport-Haley del 2003: *El arte de la terapia estratégica*, también se centra en la enseñanza de esta forma de terapia y se puede decir que también es una síntesis de este modelo psicoterapéutico. En este último material Haley presenta el siguiente esquema para atender a una familia en terapia:

- 1) Problema: la terapia se centra en el problema presentado.
- 2) Unidad: la unidad de observación e intervención es el triángulo.
- 3) Secuencia: Se presume la existencia de secuencias repetitivas en la familia
- 4) Jerarquía: El foco estructural está en la jerarquía familiar.
- 5) Motivación: Es la hipótesis elegida que explica el síntoma cumpliendo una función positiva en la familia.

PRINCIPIOS BÁSICOS

El mismo Haley (1997) comenta que las influencias teóricas que modelaron sus principios básicos, fueron Bateson, Weakland y Milton H. Erickson, entre otros. De Bateson escribe, que a él no le interesaba cambiar a la gente, sólo estudiarla, más reconoce que su manantial de ideas interesó a la psicoterapia y a sus cambios. De Erickson aprendió la técnica terapéutica así como una visión práctica de la vida y los problemas humanos. Haley reconoce además la influencia de Don Jackson quién lo apoyó en lo relacionado con la psiquiatría y la esquizofrenia, éste estaba convencido de que todo lo enfermizo de un esquizofrénico era una respuesta a su situación social, pues entendía que estos eran casos curables y que no adolecían de ningún defecto fisiológico; Jackson a su vez recibió una influencia directa de Harry Stack Sullivan, Sullivan tendía a preguntar a su supervisado: ¿Qué está haciendo usted inmediatamente antes de que el paciente dijera eso?. Haley también reconoce la influencia del budismo zen, gracias a Alan Watts, él introdujo las ideas del zen que en aquel tiempo se consideraba una terapia alternativa frente a la ideología psicodinámica, Además reconoce la influencia de Minuchin y de Braulio Montalvo con quienes dice que trabajó por casi una década.

Jay Haley se centra en un modelo de terapia más organizacional. Aprovechando su conocimiento de la jerarquía y las coaliciones. Él creó su propio método para perturbar o cambiar estructuras familiares anormales, además de atender a las configuraciones triádicas que las acompañan (Hoffman, 1987).

Ante lo anterior Haley introdujo la noción de **jerarquía**, una de las ideas más centrales de su teoría. Entiende que las ideas de organización social y de jerarquía son indiscernibles. La jerarquía puede existir en función de generaciones, ingresos, destrezas, talentos, agilidad física, inteligencia, etc. A fin de comprender

el modo en que se organiza esta jerarquía, Haley propone examinar la organización secuencial de los sucesos de conducta en la familia (Galicia, 2004).

Haley propone que una organización está perturbada cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. Por **coalición** entiende un proceso de acción conjunta contra un tercero. Haley señala qué coaliciones intergeneracionales no son en ellas mismas problemáticas, sino que traen trastornos cuando se repiten una y otra vez. En cuanto a las razones por las cuales se generan pautas problemáticas de coalición y experiencia sintomáticas, Haley señala que se asocian con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia. Estas transiciones son según Haley: 1. periodo de cortejo, 2. Comienzos del matrimonio, 3. Nacimiento de los hijos y su crianza, 4. Las etapas intermedias de la vida conyugal, 5. El periodo en que los padres se destetan de los hijos, y 6. El retiro de aquellos y su vejez (Galicia, 2004).

Por todos estos principios, Cloé Madanes (1993) comenta que los objetivos de esta terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

TÉCNICAS

La estrategia terapéutica de Haley, se puede considerar basada en diferentes formas de intervención, lo que él llama **directivas**. Como le interesa conocer el estado actual de organización de una familia, tiene que provocar a sus miembros para que actúen, y así ver cómo operan. Éstas provocaciones, intervenciones o directivas son inseparables del diagnóstico, para Haley el terapeuta de familia se orienta a diagnosticar la manera en que la familia responde a sus intervenciones terapéuticas, para averiguar la manera en que un sistema social bloquea los intentos de producir un cambio, Haley quiere ver la manera en que un sistema se resiste al cambio a fin de saber cómo abordar logradamente y utilizar su “resistencia” (Galicia, 2004).

Haley (2007) retoma muchas de las estrategias que Erickson utilizaba en la hipnosis, para encarar la resistencia de los pacientes y producir un cambio: a) Aliento de la resistencia; b) Ofrecimiento de una alternativa peor; c) Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas; d) Aliento de una recaída; e) Frustración de una respuesta para alentarla; f) El empleo del espacio y la posición; g) Énfasis en lo positivo; h) Siembra de ideas; i) Ampliación de una desviación; j) Amnesia y control de la información; k) Despertar y desenganche; l) Evitación y exploración de sí mismo.

Para Haley y Erickson los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de un grupo natural se disloca o se interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para

superar una etapa del ciclo vital. Si bien la estrategia terapéutica de Erickson se centra muy precisamente en los síntomas, su objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia, para que el ciclo se ponga nuevamente en movimiento. Las etapas del ciclo vital que son tomadas por Jay Haley en su libro: *Terapia no convencional* son: 1) El período de galanteo, 2) El matrimonio y sus consecuencias; 3) El nacimiento de los hijos y el trato con ellos; 4) Las dificultades del matrimonio del período intermedio; 5) El destete de los padres, 6) EL retiro de la vida activa y la vejez (Haley, 2007).

El mismo Haley (2007) reconoce que el anterior esquema del ciclo familiar es incompleto, pues ignora las diferencias culturales y de clase; más también escribe que es imposible intentar algo más debido a la extraordinaria complejidad que caracteriza a una familia en cualquier momento dado y más a lo largo de toda su vida. El describe su ciclo vital de la familia: como un marco de referencia rudimentario.

Haley tiene dos formas de intervención: las primeras procuran averiguar la manera en que la familia se estabiliza, en tanto que las segundas llevan como principal propósito: iniciar el cambio terapéutico. En cualquiera de estos tipos de intervención, se deben de diseñar directivas para emplear las modalidades en que la familia se refiere a su propia situación, así el envoltorio de la directiva consiste en metáforas, frases, ideas o tareas que brotan del paradigma de comunicación de la misma familia.

Cloé Madanes (1993) destaca que las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Las directivas son planificadas deliberadamente, construyendo la principal técnica terapéutica, no se hace hincapié en el insight o la comprensión, ni se formulan interpretaciones; el acento está puesto en la comunicación en el presente; en este enfoque la familia puede superar el problema sin enterarse de cómo o por qué lo logró, eso se considera suficiente y satisfactorio. Si la tarea que se solicita ha de tener lugar fuera de la sesión, por lo general todos los integrantes de la familia intervendrán en ella, y a menudo se la ensayará previamente durante la sesión. Haley sostiene que hay que impartir directivas que vayan directo al grano. La misma Madanes recuerda que a menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema, de modo tal, que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente. Una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de de una jerarquía más funcional.

Haley considera importante interrumpir esta información o cambiarla, y describir varias maneras de hacerlo. Una de ellas es perturbar la más intensa díada entre padre-hijo, haciendo que aquél de los padres que se muestre más preocupado redoble su participación, con la esperanza de que esto produzca una reacción. Una segunda manera es enfocar la díada parental, y a base de burlas, establecer las diferencias entre los padres acerca del comportamiento del hijo, al hacerlo el terapeuta se inserta en el triángulo con

los padres, reemplazando al hijo que a menudo sirve como encubierto campo de batalla para los problemas conyugales. La tercera forma consiste en entrar por medio de las relaciones periféricas de los padres con el niño. Esto puede lograrse, ya sea haciendo que este padre sea el disciplinario, ya perturbando la alineación encubierta con el niño o dando al niño y a uno de los padres una tarea que realizar juntos, haciendo así manifiesta su alineación. Esta última táctica puede distanciar al padre que más participaba, desequilibrando así al matrimonio. Otra estrategia de Haley, es con adolescentes, Haley recomienda a los padres a que fijen límites a su comportamiento, sí estos fijan límites el hijo mejorará. Si no pueden hacerlo, el terapeuta los compromete consigo mismos en la lucha por resolver sus diferencias por el comportamiento del adolescente. Durante este proceso a menudo se tratan metafóricamente las diferencias maritales, y en cuanto el hijo se desenrede de la lucha también tenderá a mejorar (Hoffman, 1987).

Para Keeney (1993) lo primero que hay que hacer en este tipo de terapia es:

- 1.- Fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar: Haley lo considera conectado a secuencias de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo y no como una complementariedad recursiva que incluye a las soluciones intentadas. El terapeuta centra su enfoque en la interacción problema-solución, en este enfoque se tiende a modificar la organización social que por fuerza desarticulará la relación recursiva entre problema y solución.
- 2.- Una primera sesión se articula en una progresión de modalidades diferentes: 1°) conseguir que se lo exprese metafóricamente, 2°) obtener una descripción específica en función de conducta, 3°) confeccionar un breve resumen de los específicos cambios en cuyo logro ha de trabajar la terapia.
- 3.- Para detectar relaciones sociales triádicas hay que hacer que el sistema interactúe frente al terapeuta, este último no se limita a presenciar una conversación sobre el problema, [el terapeuta] en esta etapa procurará traer la acción problema al seno de la reunión. Con esa escenificación el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social que hace de contorno al problema: *quién-hace-qué-a quién-cuando*. Lo anterior se puede esquematizar por pasos recursivos o redundantes de un círculo vicioso compuesto al menos por 3 personas. Así se mantiene la continuidad de la secuencia. El objetivo es interrumpir estas pautas de organización.

Por lo tanto, Haley

1. Define el problema
2. Traza distinciones que discernen su organización secuencial

3. Estos marcos se contemplan dentro de la perspectiva de una jerarquía social. Prescribe entonces distinciones que individualizan la jerarquía del sistema social perturbado, que por lo común se refiere a diferentes generaciones.
4. Se examina el marco con respecto a la estructura política de las coaliciones. En particular, se pone el acento en coaliciones establecidas de acuerdo a niveles de la jerarquía social.
5. Todos estos marcos de referencia se contemplan dentro del marco del ciclo vital.

Haley utiliza el problema y las metas establecidas en el contrato para evaluar y pilotear el curso de acción del terapeuta (y del cliente). Cada sesión evalúa el progreso de la terapia por referencia al cabal cumplimiento de las metas establecidas en el contrato terapéutico, También se evalúa la organización secuencial del problema y las pautas de coalición del sistema social. Con esta perspectiva la terapia se puede evaluar en etapas en que se van elaborando problemas diferentes.

Inmaculada Ochoa (2004) escribe que las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas.

2.2.3. Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

El grupo de Palo Alto estuvo conformado por dos grupos. El primero, por el proyecto dirigido por Gregory Bateson, quien desarrolló la teoría del doble vínculo, apoyado por John Weakland y Jay Haley y con dedicación parcial, como consultores, de Don Jackson y William Fry. El grupo se mantuvo unido una década, publicó una serie de artículos y libros, en especial sobre esquizofrenia, hipnosis y terapia; en la etapa final de dicho proyecto, el grupo se centró en el tema de la paradoja en la comunicación (Haley, 1999). El doctor Jackson fundó en 1958 el *Brief Therapy Center of the mental Research Institute de Palo Alto California*, al que se le unieron Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch y Segal (Cade y O'Hanlon, 1995). A ambos

grupos se les ha confundido; no obstante cada uno contribuyó con su proyecto a la terapia familiar sistémica. El trabajo del Mental Research Institute se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Los esfuerzos de este grupo por establecer métodos específicos para promover el cambio les dieron la reputación de pioneros en el campo de la psicoterapia.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Tipos de Cambio. Existe el *cambio de tipo uno*, que ocurre dentro de un determinado sistema que permanece invariante e idéntico a sí mismo (el tipo de relación o juego entre sus miembros no se modifica, sólo quienes interpretan los roles del juego), y el *cambio de tipo dos*, donde el sistema se convierte en otro distinto al implicar un cambio de las premisas y las reglas de interacción que rigen al sistema total (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999).

Dificultades y Problemas. Las *dificultades* son estados indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común, o bien, situaciones de la vida con respecto a las cuales no existen soluciones y que sólo hay que saber sobrellevar durante cierto tiempo. Los *problemas* son callejones sin salida, juegos sin fin, crisis, que se crean al enfocar equivocadamente las dificultades y se refuerzan al aplicar más de la misma solución inadecuada, o en términos cibernéticos, una retroalimentación negativa por la cual se recupera el sistema y mantiene su estabilidad interna (Watzlawick et. al., 1999).

Watzlawick et. al. (1999).mencionan tres formas de afrontar erróneamente las dificultades, las cuales son:

1. Negar que el problema exista, lo cual trae como consecuencia el no hacer nada aunque se requiera actuar.
2. Intentar un cambio para eliminar una acción que prácticamente es inmodificable o inexistente, por lo que se realiza una acción cuando no debería realizarse.
3. Cometer un error de tipo lógico y crear un juego sin fin cuando se intenta un cambio de tipo uno en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien, se intenta un cambio de tipo dos cuando resultaría adecuado un cambio de tipo uno.

La **entrevista inicial** va enfocada a recabar la información pertinente para dirigir el proceso, los puntos que considera son:

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

El principal **objetivo** del tratamiento es la *queja del cliente*, para que deje de padecer su dolencia o por lo menos disminuya lo suficiente como para no necesitar tratamiento terapéutico. Aunque existan otros aspectos indeseables en la vida del cliente, no se interviene a menos que el cliente formule una queja al respecto (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

El indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual se encuentre completa o razonablemente satisfecho como resultado del tratamiento. Esto es consecuencia de que la conducta problema o la evaluación que hace el cliente de dicha conducta hayan cambiado.

Capacidad de Maniobra. Significa tener el control sobre el tratamiento y mantener abiertas las posibilidades de acción. Al mismo tiempo, implica reducir la capacidad de maniobra del cliente. Los siguientes se consideran medios para mantener dicha capacidad:

- Asumir una postura que no active resistencias y cambiar de rumbo cuando éstas se generen.
- Tomarse el tiempo necesario para buscar información o realizar intervenciones.
- Utilizar un lenguaje condicional.
- Buscar que el cliente concrete.
- Mantener una actitud igualitaria o modificarla según el caso.
- Conservar la libertad para decidir con quiénes y cuándo se trabajará.
- Poder fijar el marco del tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Postura del Cliente. Representa la posición que asume el cliente acerca de diversos aspectos de la terapia basada en su sistema de creencias y valores, por lo que requiere utilizarse para estimular la colaboración del cliente con el tratamiento (al formular sugerencias en forma coherente con su postura) y

evitar las resistencias al no molestar al cliente o transmitir ideas que difícilmente pueda creer (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Al evaluar la postura, es importante atender al lenguaje del cliente: las palabras concretas que usa, el tono y el énfasis con que se expresa. También se requiere escuchar las ideas que tiene sobre la naturaleza de su problema y sus causas, así como de la forma en que se podría solucionar, la responsabilidad que asume ante el problema y el tipo de acciones que podría realizar para ello.

En este modelo se hace una distinción entre cliente y paciente, el *cliente* es quien solicita la ayuda al terapeuta, sea el paciente o no, por lo que se muestra interesado en el cambio y es con quien conviene realizar la terapia, y el *paciente* es el que presenta algún síntoma. Las personas pueden definirse a sí mismas como pacientes o definir a otro como el paciente, del cual pueden ser víctimas o pueden encontrarse preocupados por su enfermedad. Se considere o no como paciente, el cliente puede asumir una de estas dos posturas: o bien el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de las cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

INTERVENCIONES

Intervenciones Principales

Se utilizan para interrumpir las diversas soluciones intentadas (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

En este tipo de problemas el paciente padece una dolencia en su funcionamiento corporal o en su rendimiento físico (rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, tics, temblores, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, insomnio, sudor excesivo, etc.). Se requiere que el paciente deje de esforzarse demasiado y evite superar el problema, por lo que en la intervención se le pide al sujeto que fracase en su intento de superar el problema, para lo cual se sigue una de las siguientes directrices: a) se explica que es importante provocar la aparición del síntoma para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él, de tal manera que en la siguiente entrevista proporcione información detallada de lo que ocurre. Se le reitera que los nuevos datos así obtenidos permitirán advertir datos muy sutiles pero enormemente significativos que hasta ahora no había logrado percibir, llevando a establecer una evaluación más exacta de su problema; b) el terapeuta argumenta al sujeto que necesita entrenarse

para lograr un control definitivo de la conducta sintomática y le indica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma.

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Consiste en prepararse para la situación temida de manera que se aplaze el enfrentamiento, es decir, la solución del paciente consiste en prepararse, dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que lleva a no enfrentarse nunca a ella; este intento se presenta en casos de ansiedad, fobias, timidez, bloqueos en el rendimiento profesional, etc. La intervención implica exponer al paciente a la tarea o acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito. Esta técnica alude a la necesidad de aprender a superar fracasos como única vía para saber qué hacer en esa situación.

El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Implica un conflicto en una relación centrado en temas que requieren una colaboración mutua, debido a que se exige a la otra parte que los trate como si fuera superior, sometiéndose a sus exigencias respecto a conductas concretas y tratándolo con respeto, estas exigencias se formulan como algo a lo que se tiene derecho y es exigible; sin embargo, en algunas ocasiones se busca mediante la argumentación lógica, la amenaza o la violencia. Se presenta en las disputas conyugales, los conflictos entre padres e hijos, conflictos laborales. Una forma de bloquear la solución consiste en aparentar amabilidad e impotencia (sabotaje benévolo) que encierran una respuesta implacable, con consecuencias negativas reales ante la conducta no deseada del otro, lo que el terapeuta debe hacer es que el solicitante de ayuda se coloque en una postura de debilidad y pida cosas en forma no autoritaria (sino concreta y específica).

El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

En estos problemas, alguien quiere que otro haga algo, pero en forma espontánea, de manera que se evita pedirle al otro algo que le pueda disgustar o exija un esfuerzo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. La petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo es inútil. Para bloquear la solución, se requiere que la persona solicite algo directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Ocurre en problemas como la infidelidad, el alcoholismo, problemas académicos, la delincuencia. Una persona acusa a otra, y ésta responde mediante una autodefensa que confirma las sospechas de la primera, por lo que se mantiene el juego del acusador y del defensor. Para bloquearlo, se requiere que una parte abandone su papel repetitivo. Otro subtipo de intervención en este rubro se denomina “interferencia”, está diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. El bloquear las recriminaciones implica la posibilidad de un control voluntario de la conducta problemática mediante la simulación del síntoma por parte del paciente identificado durante esos días en que no se presenta la conducta.

Intervenciones Generales

Estas intervenciones comunican una postura general y preparan la situación para inducir una intervención específica, o también pueden ser suficientes para solucionar el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

No Apresurarse

Se recomienda prescribirla en las primeras sesiones, con clientes cuya solución ensayada consiste en esforzarse mucho o quienes presionan al terapeuta pero permanecen pasivos. También se recomienda después de que se han tenido mejorías como consecuencia de una intervención concreta.

Por ejemplo, el terapeuta le puede decir al cliente/paciente lo siguiente: quiero decirle que dejar sus hábitos atrás es un proceso lento, necesitamos ir paso a paso porque los cambios que perduran son los que tienen fundamentos sólidos, son esos cambios que se van formando de pequeños pasos firmes, además dejar atrás un hábito que hemos tenido durante muchos años no es tan fácil, no se puede dejar de un día para otro, los malos hábitos tienden a jalarnos de regreso, por eso debe tener mucho cuidado cada día para que los cambios que usted realice sean ese tipo de cambios que perduran a lo largo del tiempo, y ese tipo de cambios requieren que no se apresure, son lentos.

Los Peligros de una mejoría

Esto puede servir para ampliar la postura de no apresurarse, aumentar la motivación, desafiar a un cliente resistente o presionarlo para que cumpla con una tarea al haber desobedecido, o en los problemas de rendimiento para reducir la necesidad de obligarse a rendir más.

Algunas preguntas que el terapeuta puede hacerle al cliente/paciente en esta intervención son:

Después de solucionar el problema con qué creen que podrían encontrarse?

Qué pasaría si se resolviera el problema?

Usted ve algún riesgo o peligro si mejora?

Un ejemplo podría ser: Si tú comienzas a obedecer quizá tu madre caiga en una depresión porque ya no va a tener que hacer, ya no va a tener el trabajo de estar detrás de ti todo el día viendo que hagas tus deberes, así que ya no tendrá nada que hacer, probablemente caiga en una depresión. No sé si tú querrías que a ella le pasara esto.

Un cambio de dirección

Implica cambiar de postura o estrategia y ofrecer al cliente una explicación acerca de dicha variación. Se recomienda cuando el terapeuta empieza a discutir con el cliente o cuando éste sigue las directivas pero no se obtienen resultados en la terapia.

El terapeuta podría decirle al cliente/paciente lo siguiente: Sabe, la sesión pasada me quedé pensando mucho en su caso y me di cuenta que yo no estaba tomando en cuenta todas las características de su caso, pero ahora que ya las estoy contemplando he pensado que lo mejor sería que cambiáramos de ruta, así que va a dejar de hacer todo lo que ha hecho hasta ahora y va a seguir por este camino...

También le podría decir lo siguiente: En la sesión pasada me sentí un poco confundida, así que decidí hablar con una maestra mía sobre su caso, ella es una gran experta en el área. El hablar con ella fue muy útil porque me hizo darme cuenta de algunos puntos que yo no había visto, lo que ella me comentó fue...

Cómo empeorar el problema

Se suele realizar cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias o no ha querido probar algo nuevo. Implica exponer en forma concreta las cosas que ha hecho el cliente para agravar su problema,

de modo que se le menciona implícitamente lo que hay que hacer. También se puede preguntar sobre la forma de empeorar el problema. Se recomienda utilizar esta intervención al inicio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca del final para reforzar los progresos.

El terapeuta podría decirle al cliente/paciente: He estado pensando en su caso y me parece que no se me ocurre ninguna indicación que les pueda hacer para que mejoren, pero sí sé que podría sugerirles para que empeoren, de hecho puedo garantizarles que si hacen todo lo que les voy a pedir ustedes van a empeorar... y en éste punto se sugieren todas las soluciones que ellos han intentado y no han funcionado.

También se le puede decir al cliente/paciente lo siguiente: Generalmente en casos como el de usted he notado que pude resultar conveniente que los pacientes toquen fondo, pues a partir de ahí comienzan a salir adelante, y me parece que usted no ha tocado fondo aún por eso las sugerencias que le voy a hacer serán para que usted empeore hasta ese grado.

2.2.4. Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

En la historia de la psicoterapia, se puede observar que el objetivo dentro de la terapia ha ido cambiando, antes de los años 60's la terapia se centraba en el pasado, durante esta década comenzó a enfocarse en el presente ("aquí y ahora"); en este momento los terapeutas se comenzaron a interesar en el mantenimiento del síntoma en el presente, y en los datos que pudieran confirmarse en el presente. El modelo centrado en soluciones se orienta hacia el futuro, no interesa cómo surgieron los problemas (pasado), ni cómo se mantienen (presente), sino cómo se resolverán (futuro). Desde esta perspectiva no existen diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino datos acerca de lo qué funciona o es útil en casos concretos.

La terapia enfocada en las soluciones "es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones." (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Entre los terapeutas de esta escuela se encuentran Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Michelle Weiner-Davis, William Hudson O'Hanlon y Matthew Selekman (Ochoa de Alda, 2004; O'Hanlon y

Weiner-Davis, op.cit.). O'Hanlon y Weiner-Davis (1997) reconocen la influencia de Jay Haley y Thomas Szasz, ya que éstos planteaban que es mejor tratar a las personas como si fueran normales. También reconocen las opiniones de Bandler y Grinder, Minuchin, Virginia Satir, Ivan Nagy, Carl Whitaker, Madanes y Mara Selvini, pues todos ellos han trabajado con los lados fuertes de sus clientes. Sin embargo los precursores más influyentes son Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del MRI y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC), donde Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, crearon el modelo llamado "Terapia Breve Centrada en las Soluciones".

De Milton Erickson retomaron: el enfoque de la utilización (emplear todo lo que el cliente presenta en la sesión, utilizándolo activamente como parte de la solución); la idea de que los clientes tienen los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitan; sí la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede darse de la misma manera; es importante tener expectativas positivas al dirigir la sesión, ya que esto puede facilitar el encontrar soluciones. Otra influencia ericksoniana importante es la técnica de la bola de cristal, la cual consiste en dirigir al paciente hacia un tiempo en el futuro en el que su problema estuviera resuelto, y entonces pedirle que contara cómo había resuelto sus dificultades.

Steve de Shazer planteaba que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para resolverlos, es más importante conocer la naturaleza de las soluciones. A partir de esta idea, el equipo del BFTC desarrolló una serie de técnicas que probaron ser altamente efectivas, entre las que destacan las prescripciones y tareas invariables que denominaron "tareas de fórmula"; también desarrollaron la "pregunta del milagro" y la "pregunta de la excepción", las cuales fueron diseñadas para centrar la atención del cliente en el futuro y crear expectativas de cambio, reorientando a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

PRINCIPIOS BÁSICOS

Premisas de la Terapia Centrada en Soluciones

O'Hanlon y Weiner-Davis (1997) proponen las siguientes premisas que un terapeuta que quiera utilizar este enfoque debe conocer y creer:

- a) **Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas:** Todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas; es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

- b) **El cambio es constante:** Si admitimos que el cambio es constante, nos comportaremos como si el cambio fuera inevitable. Así cuando un cliente informa que no ha cambiado; tenemos que pensar que es su forma de ver la situación la que no ha cambiado.
- c) **El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio:** Como terapeutas ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas de los que elegimos hablar así como de los que elegimos ignorar, es importante que nos centremos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.
- d) **Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla:** No encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado, pues existen ocasiones en las que los terapeutas quedan atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca, o demasiada información acerca del problema y demasiado poca acerca de la solución. Lo que parece importante para los terapeutas centrados en las soluciones es lo que los clientes hacen y qué les da buenos resultados. Hay mucho que aprender de las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a terapia no resultan molestos. Sea lo que fuere diferente en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta no dejar espacio al problema. Se recomienda mantener un equilibrio en escuchar la queja o el problema de los clientes y mantener un pie o la atención centrada en otras posibilidades de cambio, ambas cosas son importantes y durante las sesiones se debe hacer un balance entre las dos e ir inclinándose en la medida que los clientes lo permitan hacia las posibilidades.
- e) **No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla:** No aceptan las creencias de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas cumplen una función, pues incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas sobre cómo puede cambiar la gente, simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y porque se mantienen de esa forma.
- f) **Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema:** Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Otra característica del cambio es que es contagioso. Como parece que el cambio produce más cambio, los terapeutas, en vez de preocuparse por la sustitución de síntomas o la recaída al final de la terapia, vislumbran un futuro aún más brillante que la situación del cliente al terminar la terapia. También se cree que un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema.

- g) **Los clientes definen los objetivos:** Erickson, ha dicho: <<Cada persona es un individuo único. Por tanto, la psicoterapia debería formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo, en vez de adaptar a la persona para que quepa en una teoría hipotética de la conducta humana>>. No se cree que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo sus clientes deberían vivir sus vidas, por ello se pide a la gente que solicita la ayuda que establezca sus propios objetivos para el tratamiento. Sólo en circunstancias poco frecuentes (objetivos ilegales o metas inalcanzables y poco realistas) se hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes.
- h) **El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos:** Es común que para la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que esos cambios sean duraderos. La duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las 10 sesiones.
- i) **No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos:** No hay puntos de vista correctos o incorrectos, sino más o menos útiles. Los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejen las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.
- j) **Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable:** Es importante centrarse en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que al iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas.

Procedimiento para practicar la Terapia Centrada en Soluciones

Habilidades Básicas

1. Co-crear con el cliente problemas resolubles: la terapia comienza examinando el problema y negociando un problema resoluble. El terapeuta participa en la co-creación de la realidad de los clientes, así se altera su forma de ver las cosas, por ello se plantea la negociación de la definición del problema. (O’Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

Se considera que la experiencia de las personas está influida por los contextos en los que viven y que la realidad no es algo dado, fijo, estático, sino que está influida por el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos, y las visiones del mundo que compartimos. De esta manera la terapia es como una pequeña cultura o sociedad creada en la sesión que tendrá gran influencia sobre los sentimientos, pensamientos, informes y percepciones de los clientes. Por lo anterior en vez de buscar los verdaderos

sentimientos, problemas o puntos de vista de los clientes, se prefiere influir y co-crear activamente estas experiencias. (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

Para co-crear un problema resoluble es muy importante desaparecer de los clientes la idea de que hay un problema; a través de diversas técnicas, se puede ayudar a las personas a ver su situación de una forma nueva. Si lo anterior no es posible, en el transcurso de la primera sesión la siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable, la forma más habitual de hacer esto es siendo específicos y, por supuesto, preguntando sobre las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema.

2. Situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema: El objetivo es crear un contexto en el que los clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades. Cuando las personas tienen dificultades a menudo olvidan que tienen recursos y capacidades, tal vez se deba a que reducen el campo de su percepción. A veces los clientes establecen la conexión entre las habilidades y capacidades que poseen en un área que aparentemente no tiene ninguna relación con sus problemas, y que puede ayudarles a resolverlos.

3. Cuidar el lenguaje, utilizándolo para el cambio: El lenguaje es importante, pues es el vehículo mediante el cual se crea la realidad y por lo tanto cualquier cosa (el cambio), el terapeuta enfocado a las soluciones debe cuidar el lenguaje como su principal herramienta de trabajo. Con el lenguaje se pueden solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad y cuestionar certezas inútiles, se utiliza al lenguaje para producir sobre todo cambios en la percepción y conducta de los clientes, esto se logra utilizando presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. De esta forma el terapeuta orientado a soluciones pregunta: "¿Qué será diferente en tu vida cuando la terapia tenga éxito?", esta pregunta, no está solamente pidiendo información, sino que también está introduciendo implícitamente la idea de que la terapia tendrá éxito. Igual que no se puede no comunicar, es imposible hablar sin revelar las presuposiciones que tenemos sobre el mundo, como terapeutas damos constantemente claves a nuestros clientes, tanto sutiles como obvias, respecto a cómo les vemos y a sus perspectivas de cambio. Es importante que seamos conscientes de esta comunicación en terapia para utilizarla hacia el cambio. (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

Al inicio de la primera sesión debemos utilizar las palabras que usan los clientes como forma de unirnos a ellos y establecer rapport, al hacer esto los clientes llegan a creer que entendemos, apreciamos y nos identificamos con sus experiencias subjetivas, cuando esto sucede los clientes se relajan. Para poder hacer esto, el terapeuta puede imitar el uso exacto que el cliente hace de las palabras o expresiones, otra forma de reflejar o adaptarse al lenguaje del cliente consiste en usar metáforas. Saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente también puede resultar muy útil a la hora de desarrollar metáforas.

(O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.). O'Hanlon (1997) también recomienda que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del cliente (visual, auditivo y kinésico) a fin de desarrollar empatía, según lo sugerido por Bandler y Grinder en la PNL .

Inicialmente se utilizan las palabras que usan los clientes y después se encauzan los significados de esas palabras en una dirección productiva, o se emplean palabras distintas, sobre todo cuando se emplean por los clientes etiquetas fijas y negativas para describirse a sí mismos o a otros. Cuando esto se percibe se deben traducir esas etiquetas o rótulos a descripciones de acciones, pues resulta mucho más fácil manejar acciones que características fijas. Así se despatologizan o normalizan las situaciones de los clientes.

Otra forma de cuidar y utilizar el lenguaje en beneficio de las soluciones es el referirse a la situación problemática como un "período transitorio", con esto el cliente suele sentirse aliviado pues se comunica que el problema no es para siempre. También la utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede ayudar a crear una realidad en la que el problema quede en el pasado, promoviendo de esta manera posibilidades para el presente y para el futuro. El uso de las palabras: todavía, aún y también ayudan a promover posibilidades en la terapia. Los términos de posibilidad se usan principalmente para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes, esto se puede conseguir manteniendo abiertas las posibilidades para el presente y el futuro. Sin embargo hay veces en las que se recomienda dejar de lado el lenguaje que fomente las posibilidades y comenzar a utilizar un lenguaje más determinante y definitivo, como cuando se usan preguntas que afirman que si habrá un cambio.

Otra forma de crear un contexto para el cambio es introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente que contribuyen a cambiar el punto de vista que tienen acerca de su situación, esto se puede lograr mediante la redefinición o reencuadre de conceptos, que connoten de manera diferente los significados de las palabras que utiliza el cliente.

En este modelo la primera entrevista hecha con un adecuado manejo del lenguaje, se convierte ya en una intervención, a través del uso de los diversos tipos de preguntas que se emplean como técnicas diseñadas para producir el cambio. Se plantea que cuando los clientes salen de los consultorios ya actúan de una forma más productiva, por eso en muchos casos la tarea prescrita al final de la sesión, es sólo para reforzar el cambio que ya se ha producido.

Durante la sesión debemos estar muy al pendiente del tipo de preguntas que utilizamos. Podemos utilizar preguntas que sólo nos sirvan para recoger información, preguntas orientadas al futuro y elaboradas con el fin de construir soluciones que creen la expectativa del cambio, preguntas con el fin de introducir

información nueva en los sistemas familiares, así también como “preguntas reflexivas” que ofrecen una manera nueva y diferente de ver a un miembro de la familia y a su relación con éste.

Particularmente O’Hanlon y Weiner-Davis (1997) llaman a las preguntas que ellos utilizan durante la sesión como preguntas presuposicionales, con estas preguntas se dirige a los clientes hacia las soluciones, pues ayuda a que éstos consideren su situación desde nuevas perspectivas, al contestar a las preguntas presuposicionales los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable; a veces estas preguntas no requieren de una respuesta para que sean efectivas. Es importante tomar en cuenta el comentario que los autores del libro: *En busca de soluciones* hacen para poder formular preguntas presuposicionales: Una regla básica a la hora de construir preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando preguntas con las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”. En vez de preguntar: “¿Paso alguna cosa positiva? ”, se recomienda preguntar: “¿Qué cosas positivas sucedieron? “. Esta última pregunta implica que el terapeuta está seguro de que sucedieron cosas positivas. En vez de preguntar: “¿Has hecho alguna cosa que funcionara?”, pregunta: “¿Qué cosas has hecho en el pasado que hayan funcionado?”. (O’Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.). Todas estas preguntas son las intervenciones.

Estructura de la Sesión

Bill O’Hanlon y Michele Weiner (1997), proponen la siguiente estructura para llevar una sesión:

A. Unión

Se conversa con el (los) cliente(s) sobre cualquier cosa distinta de la que podría considerarse la razón por la que asiste a terapia. Se les pregunta en que trabajan, si les gusta su trabajo, si van a la escuela, acerca de los cuadros de las paredes. El objetivo es mostrarles interés y ayudarles a que se sientan cómodos. Se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo (O’Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

B. Preguntar sobre los cambios ocurridos entre la llamada para pedir consulta y la 1° sesión

Michele (1990) ha observado con frecuencia que durante la primera sesión, los clientes hablan de los cambios que han hecho entre la llamada para pedir consulta y la primera entrevista, por lo que se recomienda que durante la primera sesión se pregunte al respecto.

C. Una breve descripción del problema

En la terapia se pregunta por el problema y por las excepciones, hay que hacer un balance e inclinarse hacia las excepciones o posibilidades. Se debe tener compasión en el trabajo psicoterapéutico. O'Hanlon define a la compasión como: el sentir o sufrir con alguien, el preocuparse, o suavizarse respecto a uno mismo o a otros, el ser menos duro.

D. Excepciones del problema

Independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre. Se pregunta sobre esas excepciones del problema, son las ocasiones en que las cosas van bien, sobre las soluciones anteriores al problema actual y las fuerzas y los recursos de la persona. Las excepciones a los problemas ofrecen información sobre lo que se necesita para resolverlos. Estas preguntas se hacen examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado hasta que el problema deje de existir. Al preguntar sobre las excepciones, no sólo estamos intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre lo que es importante hablar en terapia.

Hay varias preguntas presuposicionales para recabar información sobre excepciones:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que... (pasan cosas buenas)?
- ¿Cómo conseguiste que sucediera? (Refiriéndonos a la excepción)
- ¿De qué manera el que... (ocurra la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?
- ¿Quién más advirtió que... (se dio el cambio logrado)?, ¿cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo, qué dijo?
- ¿Cómo conseguiste que dejara de... (Se menciona la extinción del problema)? ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?
- ¿De qué manera es esto diferente a la forma en que lo hubieras manejado hace... (Una semana, un mes, etc.) ?
- ¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?
- ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? (En caso afirmativo) ¿Cómo lo resolviste entonces?, ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?

E. Normalizar y despatologizar

Las dificultades que llevan a la gente a terapia, no son manifestaciones patológicas, sino dificultades ordinarias de la vida que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para llegar a ser consideradas un problema. La situación que trae al cliente a terapia se considera normal, esta normalización de la conducta y de las experiencias puede hacerse de forma directa diciendo cosas como: *“Bueno, eso es muy comprensible”*, y poniendo luego la situación que hayan presentado como patológica en un marco de referencia cotidiano, otras maneras es decir cosas como: *“Naturalmente”*, *“Por supuesto”*, *“Bienvenido al club”*, *“¿Y?”*, y *“Eso me resulta familiar”*. Muchas de las cosas que los clientes presentan como importantes se minimizan como *“no dignas de atención”*, sin embargo se tiene cuidado de no desconfirmar lo que nos dicen, pues se corre el riesgo de que éstos no se sientan comprendidos. Cuando la normalización se hace de forma correcta los clientes llegan a sentirse aliviados.

F. El uso de los elogios

Para poder utilizar esta técnica se localizan y destacan las tendencias positivas de los clientes, o cuando éstos hacen algo que es positivo o promueven soluciones, se toma nota mentalmente para felicitarlos por ello durante o al final de la sesión.

El terapeuta puede señalar a los clientes lo que ya están haciendo para resolver el problema, también se puede comentar que es lo que los clientes no tienen que hacer con el fin de evitar un problema. O’Hanlon y Weiner-Davis (1997) también hacen uso en la terapia enfocada en soluciones de la connotación positiva, esta técnica sobre todo se utiliza cuando ha sido difícil encontrar excepciones al problema durante la sesión. La connotación positiva da un nuevo significado a la descripción del problema. Para hacer una connotación positiva se suman intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

G. Definición de objetivos

La generación de objetivos en la terapia centrada en soluciones es responsabilidad de los clientes, aunque los terapeutas juegan un papel activo en esta tarea al asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos para saber cuando ya se han alcanzado. Este proceso de definición de objetivos es por lo tanto un proceso de negociación.

H. Utilización de una pausa

Una parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales es hacer una pausa para consultar con el equipo, se puede tener esta pausa aún cuando el terapeuta trabaja solo. Esto permite que el terapeuta y el equipo se reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Tras esperar durante varios minutos que la terapeuta vuelva, los clientes esperan con expectación su opinión sobre la situación. La pausa sirve como un marcador de contexto, permite a la terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente. Es como un “veredicto”, que *no es otra cosa más que un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea.* (O’Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

I. Cierre de la sesión

Entonces en la primera sesión psicoterapéutica, primero se debe de buscar la unión con el cliente, después se pregunta si ha tenido algún cambio entre la primera llamada y la presente sesión, para entonces pasar a escuchar al cliente en su exposición del problema, al terminar el punto anterior se dan habitualmente 4 ó 5 elogios en esta primera sesión; después se observan cuidadosamente las respuestas no verbales de los clientes y la interacción se reduce al mínimo, sólo se anima a los clientes a contestar si lo que quieren decir amplía los aspectos positivos que se están comentando. Por último la intervención viene a continuación de los elogios y es el último punto a tratar además de la pausa y la concertación de otra entrevista, si es necesario.

INTERVENCIONES

Por lo general se llega a creer que la única intervención en este tipo de enfoques es la búsqueda de excepciones, sin embargo son varias las técnicas creadas para la aplicación de este tipo de terapia.

Preguntas de Avance Rápido

Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin el problema, ha descrito también la solución. Estas preguntas se llaman “preguntas de avance rápido”. (O’Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

Preguntar sobre el Problema

Consiste en centrarnos en los problemas; así se investiga el problema conociendo los marcos de referencia en los que los clientes sitúan su dificultad, además de las circunstancias y la secuencia de eventos que se presentan cuando éste sucede; pues se tiene que tener una imagen clara de las interacciones que rodean lo que se califica como problema. Una vez que tenemos una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema, podemos sugerir un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia significativa. También una vez que se comprende al detalle los esfuerzos ineficaces de resolución del problema, se puede sugerir a los clientes que inviertan la forma en que han estado abordando la situación.

Prescripciones para el Cambio

Intervención en los patrones que constituyen la queja

Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón. La forma más directa y sencilla de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja, y esto se logra haciendo que los clientes introduzcan alguna modificación pequeña e insignificante en el desarrollo de la queja.

Las intervenciones que pueden alterar el patrón de la queja son: 1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja, 2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja, 3. Cambiar la duración de la queja, 4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja, 5. Añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja, 6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja, 7. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños, 8. Unir la realización de la queja a la de una actividad gravosa.

Intervención sobre el patrón del contexto

Cuando abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón directamente no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a esta dificultad. El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente. Esto incluye aspectos como quién está presente cuando se da, y lo que otros (no implicados directamente) dicen o hacen al respecto con la persona o personas directamente incluidas.

Tareas de Fórmula de la Primer Sesión

La tarea de fórmula consiste en decir: Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, nos gustaría que observarás, de modo que puedas describirnoslo, lo que ocurre en tu... (Familia, pareja, relación) que quieres que continúe ocurriendo. Al hacer esta tarea los clientes hacen cosas nuevas, modifican su comportamiento.

Tarea de la Sorpresa para las parejas y/o familias

Para prescribir este tipo de tareas se dice lo siguiente: Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a... (Padres, cónyuge). No le digas qué es (Padres, Cónyuge), su tarea consiste en adivinar qué es lo que estás haciendo. Esto se les dice a los miembros de la pareja o de la familia, se les pide también: *no compartan sus resultados; haremos esto la próxima sesión* (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.). Esta tarea introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones, de modo que las cosas se vuelven más impredecibles, lo que hace que los clientes se fijen en nuevas conductas.

Tarea Genérica

Esta tarea se prescribe una vez que los clientes han descrito su objetivo, por lo que hecho esto se les dice: Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor... (Se dice el objetivo). Podemos sugerir que los clientes anoten sus observaciones, o simplemente que vuelvan preparados para contarnos sus descubrimientos (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.).

Hipnosis Orientada a las Soluciones

Se pretende despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema. En terapia no hipnótica orientada a soluciones nos centramos en las acciones y en los puntos de vista que los clientes pueden usar conscientemente para alcanzar sus objetivos, mientras que en la hipnosis orientada hacia las soluciones nos ocupamos de las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona (O'Hanlon y Weiner-Davis, op.cit.). Una manera de evocar estas habilidades, es simplemente hablar de experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se quieren evocar.

2.2.5. Modelo de Milán

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

El primer contacto entre los miembros del grupo de Milán, se dio a finales de los años 60, cuando Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, y Gianfranco Cecchin estudiaban la aplicación del psicoanálisis a casos de anorexia nerviosa. Según Bertrando (2004), en 1971 en Italia, estos 3 terapeutas junto con Giuliana Prata y otros psiquiatras, conforman el centro para el estudio de la familia de Milán. La idea de conformar este grupo de terapeutas fue de Mara Selvini, pues ella quería investigar los efectos de la terapia familiar que en aquel tiempo no existía en el contexto italiano. Este grupo de terapeutas, se proponía tratar niños gravemente perturbados, junto con sus familias, a través del enfoque psicoanalítico de terapia familiar de Nathan Ackerman. Les costó trabajar aplicar los conceptos analíticos a las familias, sobre todo porque la terapia parecía prolongarse demasiado y los terapeutas se sentían frustrados por lo que consideraban decepcionantes resultados (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003).

En 1972, el grupo quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias, que se realizaba en Estados Unidos bajo la supervisión del antropólogo Gregory Bateson en el Mental Research Institute (MRI), dirigido por el psiquiatra Don D. Jackson. Sobre el grupo de Milán influyó la obra del MRI, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don D. Jackson y Janet Beavin *Pragmatics of human communication*, publicado en 1967. Este libro estimaba que el enfoque psicoanalítico era incorrecto, pues no tomaba en cuenta al contexto relacional en el que se producían las conductas problema. Ante estas ideas, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se separaron del psicoanálisis, con la idea de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar. Así fue como se fundó el Centro per il Studio della Famiglia. En sus comienzos tuvo como consultor a Watzlawick (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003).

A partir de este momento el trabajo del grupo de Milán se vio enormemente influido por los avances del MRI y, posteriormente, por los escritos de Bateson. De aquí en adelante “el interés se desplaza de los síntomas, a los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p.209)

Todas las ideas del MRI se ven reflejadas en el primer libro del equipo: *Paradoja y contraparadoja*, publicado en 1975. En el libro se detectan las ideas de Jackson (homeostasis y familia como sistema gobernado por reglas), de Bateson (doble vínculo) y de Haley (el triángulo perverso) (Bertrando &

Toffanetti, 2004). Boscolo y Bertrando (2000) ubican que la utilización del enfoque estratégico-sistémico del MRI en el grupo de Milán, comprende los años de 1971 a 1975.

La siguiente etapa en el desarrollo del método de Milán fue el redescubrimiento de Bateson por los miembros del grupo, a través de la lectura del libro: *Steps to an ecology of mind*, al final de la década de los años 70. Lo que más les impresionó, fue la noción de circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. Esto generó una nueva creatividad en los terapeutas milaneses, que condujo al desarrollo del interrogatorio circular, la elaboración de hipótesis y de la postura terapéutica de la neutralidad (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003). Para Bertrando (2004) esta es la etapa del <<purismo sistémico>> que después comienza a ser conocido como el Modelo de Milán. Este momento abarca los años de 1975 a 1985 (Boscolo & Bertrando, 2000).

Mara Selvini y otros colaboradores escriben: *El mago sin magia* y *Al frente de la organización*. En este último, Selvini Palazzoli (1988) reconoce que la familia se puede comparar con otros sistemas, más grandes. Este equipo incorporó el sistema de observación en terapia, lo cual llevó a que el terapeuta se incluyera a sí mismo en el campo global de la terapia, dando el paso a la cibernética de orden segundo.

En 1980 el grupo de Milán se divide en dos, debido a diferentes desacuerdos, pero según Bertrando (2004) los desacuerdos más esenciales fueron los motivos de tipo teórico. Selvini Palazzoli y Prata se ocupan sobretodo del sistema observado, mientras que Boscolo y Cecchin se centran en el sistema observante.

Para 1981, Selvini, divide el grupo y constituye un nuevo equipo con 3 psicólogos: su hijo Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. El interés de Mara Selvini Palazzoli se centra ahora en el pasado de la familia, en los patrones transmitidos de generación en generación que crean síntomas fuertes y congruentes con la situación familiar. Selvini Palazzoli no privilegia la emancipación del individuo: no trata de salvar al portador del problema, sino de corregir la complejidad de la situación relacional, de tal manera que la totalidad del sistema encuentre una coherencia que ya no necesite de los síntomas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Al dividirse el grupo, Boscolo y Cecchin siguen impartiendo un curso de tres años de formación en terapia familiar en el viejo centro, que han heredado y rebautizado como el Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Al mismo tiempo trabajan en el grupo de Helm Stierlin en Heidelberg, con la Charles Burns Clinic de Birmingham, con el Ackerman Institute de Nueva York y con la Universidad de Calgary Canadá (Bertrando & Toffanetti, 2004).

No siendo formadores de profesión, Boscolo y Cecchin sencillamente muestran, a través de un espejo unidireccional, las terapias que siguen practicando en el centro. Los alumnos en vez de hacer

preguntas sobre la familia, como sucedía en el antiguo equipo de Milán, hacen preguntas sobre el terapeuta, sobre qué está haciendo, sobre el cómo y el por qué. En este aspecto Boscolo y Cecchin crean diferentes niveles de observación, que serán característicos del modelo formativo (Bertrando & Toffanetti, 2004).

La cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten rápidamente en un punto de referencia teórico para Boscolo y Cecchin: comienza, para la terapia sistémica, una etapa constructivista que durará hasta el final de la década. En esta nueva etapa del Modelo de Milán, lo que interesa son las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes. Sobre todo, el punto central del interés terapéutico son las *premisas* de los miembros del sistema (incluyendo a los terapeutas) (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Boscolo (1996) comienza a centrarse en el diálogo, se interesa en el tema del tiempo y escribe *Los tiempos del tiempo*, junto a Paolo Bertrando. En este manuscrito se analizan las interacciones temporales en la sesión terapéutica, con: los clientes, el terapeuta y con los miembros del equipo. Cecchin (2002), por su parte, reformula la neutralidad, ya no como ausencia de toma de posición, sino como estado de <<curiosidad>>. Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad, sin dejarse seducir por el principio de verdad.

La última etapa en la que se ubica el Modelo de Milán es denominada como: “La etapa posMilán” (Bertrando & Toffanetti, 2004). En este momento el modelo se enriquece por las contribuciones del construccionismo social, la narrativa y la hermenéutica (Boscolo & Bertrando, 2000). En esta etapa son varios los autores de diferentes países, los que contribuyen a construir esta nueva etapa del modelo de Milán, entre estos destacan: Lynn Hoffman, Peggy Penn, Bradford Keeney, Karl Tomm, Tom Andersen, Harry Goolishian, Harlene Anderson, entre otros.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Uno de los supuestos básicos del modelo de la escuela de Milán es el concebir al sistema familiar como predominantemente cambiante, no estático; esto significa que a través del tiempo las reglas que regulan las interacciones en la familia se modifican adecuándose a las demandas propias del sistema y de su entorno siempre cambiantes. Cuando esa modificación no tiene lugar, es decir, cuando hay una tendencia rígida que repite una y otra vez las soluciones que mantienen la homeostasis, se bloquea la capacidad de transformación de las familias y entonces el sistema adopta modos patológicos de relación y surge el síntoma (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Dentro del trabajo terapéutico, se considera como primer objetivo el realizar una evaluación que permita conocer el **juego familiar**, determinando el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, así como el papel del síntoma en el sistema relacional. Siendo que el objetivo último es justamente modificar el juego, cambiándolo por otro menos perjudicial.

El equipo de Milán plantea tres principios básicos que guían al terapeuta a conducir la entrevista: hipotetizar, circularidad y neutralidad. **Hipotetizar** implica que el terapeuta realice hipótesis sistémicas (que incluyan a todos los componentes de la familia y una suposición sobre cómo funcionan sus relaciones) basadas en la información que tiene acerca de la familia. Al contrastar las hipótesis se obtiene mayor información sobre los patrones relacionales de la familia y se generan nuevas hipótesis, que son útiles en cuanto producen nueva información, no en cuanto a si son más “verdaderas” que otras. Al mismo tiempo, el realizar hipótesis permite al terapeuta asumir un rol activo, ordenar el curso de la entrevista y favorecer que la familia perciba diferencias en su comportamiento (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

La **circularidad** se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basado en la retroalimentación de la familia en respuesta a la información que solicita acerca de las relaciones, las diferencias y el cambio. Existen algunos aspectos prácticos para pedir información en forma circular, o sea, cuando un tercero habla sobre cómo percibe la relación entre otros dos miembros de la familia (Selvini-Palazzoli et. al. 1980):

- Solicitarla en términos de conductas interaccionales específicas en circunstancias específicas (en lugar de buscar sentimientos o interpretaciones).
- En términos de diferencias en conductas, y no en términos de aspectos de las personas.
- En términos de ordenar a los miembros de la familia según una conducta o interacción específica.
- En términos de cambio en la relación antes o después de un evento preciso.
- En términos de diferencias respecto a circunstancias hipotéticas.

El principio de **neutralidad** implica que el terapeuta se mantenga en un nivel diferente al de la familia, de forma que pueda aliarse con todos los miembros (como cuando realiza una pregunta circular), pero al final termine sin estar aliado con alguien (ya que buscará realizar estas preguntas a todos los miembros de la familia). El terapeuta requiere evitar cualquier tipo de juicio moral, ya que la aprobación o desaprobación lo terminará aliando con individuos o grupos dentro de la familia (Selvini-Palazzoli et.al., 1980).

Otro principio dentro del Modelo de Milán es la **curiosidad**, este favorece que el terapeuta provoque la experimentación de puntos de vista alternativos, los cuales, a su vez generan curiosidad. La curiosidad y la neutralidad actúan recurrentemente entre sí: una para producir diferencias y la otra para no apegarse a

algún tipo de posición en forma exclusiva. Esta postura de curiosidad deriva de una perspectiva estética, basada en la hipótesis de que cada sistema tiene su lógica, que no es buena ni mala, sino operativa (Cecchin, 1987, citado en Andolfi, 1997).

Por mucho tiempo el grupo de Milán organizó su trabajo terapéutico de modo que una pareja heterosexual de terapeutas brindaba la atención en coterapia, mientras que el resto del grupo permanecía detrás del espejo observando y haciendo el análisis de lo que ocurría en la sesión, además de que intervenía durante ella.

El equipo de Milán estructuró las sesiones, para ellos el trabajo terapéutico comienza antes de que el primer encuentro entre los terapeutas y la familia tenga lugar. Cada **sesión está conformada por cinco partes:**

6. Sesión previa. En esta parte los terapeutas se reúnen para leer la ficha de la entrevista telefónica o el acta correspondiente a la sesión previa.
7. Sesión. Los terapeutas se reúnen con la familia y se interesan por realizar solicitudes de información, a la vez que están atentos al estilo interaccional de la familia y al modo en que la información se revela.
8. Discusión de la sesión. En esta etapa los terapeutas se reúnen nuevamente sin la familia con el fin de discutir el desarrollo de la etapa previa de la sesión.
9. Conclusión de la sesión. Los terapeutas encargados de conducir la sesión frente a la familia vuelven a la sala de terapia para dar conclusión a la sesión, normalmente mediante un breve comentario o una prescripción.
10. Discusión de las reacciones de la familia al comentario o prescripciones. De nuevo se reúnen los terapeutas sin la familia para discutir las reacciones generadas con el comentario o la prescripción y para realizar nuevas hipótesis, así como hacer la redacción del acta que incluya los elementos esenciales que den una idea de lo ocurrido.

En general, Boscolo y Cecchin mencionan que no puede haber una “interacción instructiva” sino sólo una perturbación de un sistema que, luego, reaccionará conforme a su propia estructura. Por tal razón, las intervenciones no van dirigidas a un resultado en particular sino que procuran empujar suavemente al sistema hacia resultados imprevisibles (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003). Se puede decir que el Modelo de Milán se plantea como uno de sus principios fundamentales el **respeto a los sistemas** que acuden a una consulta, bajo la idea de que ellos son los únicos capaces de auto-organizarse de la mejor manera posible en un determinado contexto (Keeney & Ross, 1993).

Después de la separación del grupo de Milán, para Mara Selvini Palazzoli, el principio básico de su trabajo, es hacer investigación con una doble observación: por un lado, la situación relacional de las familias en tratamiento conduce a la patología de uno de los miembros; y por otro, existe la necesidad de definir los síntomas de manera precisa para poder trabajar con las familias de manera predictiva (Bertrando & Toffanetti, 2004).

INTERVENCIONES

Estrategias

El **interrogatorio circular** es un tipo de entrevista que consiste en hacer preguntas a cada miembro de la familia, que permitan identificar diferencias o definir relaciones entre otros dos miembros de la familia. Estas diferencias reflejan diferentes perspectivas sobre las relaciones familiares. Por lo tanto, el cuestionamiento circular busca identificar y clarificar ideas confusas sobre las relaciones e introducir nueva información en la familia sobre estas diferencias en forma de nuevas preguntas.

Esta forma de entrevistar, frecuentemente, produce cambios en la familia y en sus miembros, ya que aprenden en el proceso a pensar en forma circular en vez de lineal, y se convierten en observadores más cercanos de los procesos familiares. Además, la perspectiva de un miembro puede profundizar la de otro al compararse las perspectivas. Estas son categorías de preguntas circulares (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Hay diferentes tipos de preguntas circulares:

1. Preguntas tríadicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia.
2. Preguntas sobre las diferencias de comportamiento, no sobre la cualidad intrínseca de las personas.
3. Preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico.
4. Preguntas sobre circunstancias hipotéticas.
5. Graduación de los miembros de la familia respecto a un comportamiento o a una interacción específica.

También existen *preguntas reflexivas*, que contienen algunos tipos de preguntas circulares. Estas preguntas representan un intento por parte del terapeuta de influir a la familia en forma indirecta,

capacitándola para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas, alterando la organización y la estructura del sistema de significados de la familia. Las preguntas reflexivas se clasifican en diversos tipos (Ochoa, 2004):

- *Preguntas orientadas al futuro.* Pueden servir para desarrollar metas, explorar el resultado deseado, resaltar consecuencias posibles si persisten los patrones de conducta, exponer temas ocultos al explorar expectativas catastróficas, explorar posibilidades hipotéticas y generar esperanza y optimismo en los clientes.
- *Preguntas que convierten al interrogado en observador.* Parten del supuesto de que observar un fenómeno es un primer paso para actuar en relación a él. Sirven para que los miembros de la familia distingan patrones de conducta, percepciones y eventos que no habían percibido antes y vean su importancia con respecto al mantenimiento del problema.
- *Preguntas de cambio inesperado de contexto.* Debido a que frecuentemente los miembros de la familia ven los eventos desde una perspectiva y sus opiniones están limitadas por ello, este tipo de preguntas permiten que consideren otras perspectivas.
- *Preguntas con una sugerencia implícita.* Incluyen deliberadamente un contenido concreto que indica una dirección que el terapeuta considera útil o beneficiosa para resolver el problema.
- *Preguntas de comparación normativa.* Como los pacientes y las familias con problemas tienden a experimentarse como personas “desviadas”, deseando acercarse a la normalidad, el terapeuta puede aprovechar ese deseo y orientarlos hacia patrones más “normales” o “sanos”.
- *Preguntas que clarifican distinciones.* Clarifican determinadas atribuciones causales que mantienen las personas y que son inconscientes o poco claras. Funcionan separando los distintos componentes de una atribución confusa, eliminando la vaguedad.
- *Preguntas que interrumpen la secuencia sintomática en sesión.* Crean un cambio súbito en la sesión terapéutica.

El grupo de Milán tiene como **objetivo terapéutico** liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. *El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial*, ya que todo juego familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Afecta el dominio afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

Entre las técnicas propuestas para el cambio se encuentran: intervenciones cognitivas, intervenciones conductuales y prescripciones ritualizadas. Es importante destacar que estas técnicas han ido cambiando paralelamente a la evolución histórica del grupo de Milán.

Intervenciones cognitivas. Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Por consiguiente, afecta al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Normalmente, cada integrante del sistema familiar posee una serie de atribuciones propias, por lo cual es importante conocer las distintas opiniones.

- **Redefinición.** Modifica la percepción del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.
- **Connotación positiva.** Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta debido a razones altruistas -sacrificio o amor-, por parte del paciente identificado y por parte del resto de los miembros del sistema familiar. Es muy importante destacar que lo que se connota positivamente es la tendencia homeostática del sistema y no las personas. En todo caso se aprueban ciertos comportamientos de algunas personas en cuanto denotan la intencionalidad común hacia la unión y la estabilidad del grupo. De este modo se respeta a la totalidad del sistema.

Intervenciones conductuales. Abarca las prescripciones directas y las paradójicas.

- **Prescripciones directas.** Son tareas cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas ritualizadas.
- **Prescripciones paradójicas.** Se prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplea cuando la situación es de orden y secuencia rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. Al clarificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano.

Prescripciones ritualizadas. Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Éstas se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para producir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de

responder a ese nuevo elemento creador de cambio. Entre las principales prescripciones ritualizadas se encuentran: *los rituales de los días pares-días impares* y *la prescripción invariable*.

- **Rituales.** El ritual puede prescribirse como un experimento, un rito de transición o un ensayo. La intervención propone una secuencia de conductas, definidas con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer.
- **Tarea ritualizada de los días pares-días impares.** Tiene como propósito entrenar a la familia en conductas alternativas, basadas en una división de funciones diferentes, al bloquear una secuencia de interacción y mostrar la posibilidad de control voluntario. La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Se utiliza en casos de duda invencible, cuando los modelos de educación interfieren seriamente y los intentos de manejar al hijo son saboteados por el otro cónyuge. Se aprovecha la escalada de los progenitores para lograr que cumplan la tarea al tratar de ganar aprobación del terapeuta.
- **Prescripción invariable.** También llamada “universal” elimina la necesidad de establecer hipótesis al suponer que en todas las familias el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial. El propósito de esta intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites integeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo, que mantiene el juego a las familias psicóticas.

En el primer libro del grupo de Milán también se destaca otras técnicas: *de la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo, los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos, el aceptar sin objeciones una mejoría sospechosa, el recuperar a los ausentes por medio de cartas, el eludir la descalificación y a las coaliciones negadas, el declarar como terapeutas la propia impotencia sin reprochárselo a nadie, el autoprescribirse como terapeutas la paradoja extrema* y *el prescribir el rol paterno a los miembros de la última generación* (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

Otra de las técnicas terapéuticas innovada por los terapeutas milaneses, fue, la incorporación del *sistema de observación*. En esta modalidad se subdivide al grupo de alumnos en dos subgrupos con tareas diferentes: grupo terapéutico y grupo de observación. [...] El grupo terapéutico trabaja como un equipo

normal y asiste al terapeuta activo en la terapia. El grupo de observación, en cambio, tiene la función de observar la interacción entre terapeuta, familia y grupo terapéutico. (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En últimos trabajos Luigi Boscolo junto con Paolo Bertrando, han comenzado a adaptar las técnicas sistémicas de la terapia familiar a una terapia sistémica individual, en la que se utilizan como técnicas al diálogo, el tiempo, las preguntas circulares, la construcción y deconstrucción de la sesión, la retórica, la hermenéutica, la denotación, la connotación y las metáforas (Boscolo & Bertrando, 2000).

Por su parte Mara Selvini y colaboradores, crean la técnica de la *prescripción invariable*, que servirá como base para el tratamiento de los embrollos familiares, que para ellos será causa de patologías como la esquizofrenia, psicosis, anorexia y bulimia (Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1995).

2.2.6. Modelos Posmodernos

El creador del término *posmodernidad* es Francois Lyotard (1979), y la definió como “un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

A la evolución del posmodernismo han influido diferentes disciplinas: la filosofía (Lyotard, 1979; Vattimo y Rovatti, 1983), la psicología social (Gergen y Davis, 1985; Shotter, 1989), la crítica literaria (Barthes, 1977; Derrida, 1967, 1987), el movimiento feminista (Flax, 1990, Hare-Mustin y Maracek, 1988), la hermenéutica (Ricoeur, 1965, 1981; Gadamer, 1960) y la etnografía (Geertz, 1973) (Bertrando y Toffanetti, 2004). También según Boscolo y Bertrando (2000) el posmodernismo es convalidado por los resultados de las ciencias cognitivas y por las tendencias más recientes de la neurociencia, que han puesto en duda no sólo al mundo “objetivo”, sino también el concepto mismo de un “self” subjetivo estable y definido.

Para algunos autores como Daniel Sánchez (2000), no se puede establecer un año y fecha para el momento del movimiento posmoderno, debido a la dificultad de interrelacionarlo en diferentes épocas. Gergen (2006) opina, que el posmodernismo se inició a partir del momento en que la modernidad empezó a preguntarse cuáles eran sus propias premisas y las consideró no sólo improbables sino imposibles, esto se debió en mucho a la efervescencia política de las décadas de 1960 y 1970, en las que se desató una cólera hacia el *establishment* moderno: el gobierno, los entornos de negocio, la ciencia y el ejército, pues estos

carecían de todo fundamento moral evidente y sólo aspiraban a acrecentar sus capacidades de control o a reforzar su poder.

Entonces, en general, se considera que el posmodernismo arranca en la década de los 70 con el cuestionamiento de las pretensiones modernistas sobre el mundo objetivo y subjetivo que han dominado el pensamiento occidental, es decir, se cuestionaban la búsqueda de verdades y objetividades absolutas. Bajo la óptica del posmodernismo se piensa que no existe una razón todopoderosa mediante la cual, al ser expresada en el lenguaje, se represente al mundo.

El posmodernismo se mueve en un clima de relativismo, flexibilidad, cuestionamiento del pasado y de las normas y valores. Asume que todo conocimiento es provisional, social y culturalmente afectado, y vinculado al poder político; y la ciencia es sólo una forma más de conocimiento.

Desde un enfoque posmoderno se puede afirmar que las personas mediante el intercambio social, en conversación, construyen ideas, conceptos, mitos, historias, relatos y hasta recuerdos. Así es que la posesión de *la verdad* queda inalcanzable, ya que existen tantas verdades como individuos que en colaboración con otros han construido explicaciones y saberes de sí mismos y de su entorno, se habla de verdades que tienen un valor y una validez locales dentro de su propio paradigma o, mejor aún, dentro de la comunidad que las ha promulgado (Boscolo y Bertrando, 2000).

El posmodernismo ha influido en los modelos que guían la práctica con familias, por lo que representa una nueva visión sociocultural a la terapia familiar. Las propuestas de la terapia familiar que están empleando la teoría del construccionismo social y las aproximaciones narrativas han sido asociadas con el posmodernismo, estas propuestas se originaron a partir de los modelos sistémicos y en ocasiones como una reacción a éstos. La mayor parte de los progenitores de los modelos posmodernos fueron entrenados originalmente como terapeutas sistémicos (Hoffman, 1996) (Biever y cols., 2005).

Para Bertrando y Toffanetti (2004) la aplicación de la visión posmoderna en la terapia familiar, comienza con la terapia de Milán, cuando éstos comienzan a acoger a la epistemología constructivista, privilegiando el significado y la historia de los clientes sobre las relaciones o interacciones de un sistema. Sin embargo no es sólo este tipo de terapia la que se contagia de las nuevas ideas posmodernas.

En Estados Unidos una manera de hacer terapia estratégica, comienza a desinteresarse de la naturaleza y la historia de los problemas, conduciendo a los clientes a un futuro que no los contempla, este modelo de hacer terapia es bautizado por Steve de Shazer, como el Modelo Centrado en Soluciones, modelo que será enriquecido también por Bill O'Hanlon (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Mientras en Australia y Nueva Zelanda, los terapeutas Michael White y David Epston, comienzan a centrarse en la condición “desfavorecida” de los clientes y empiezan a ampliar sus historias y conocimientos, al hacer esto crean de manera oficial a la Terapia Narrativa (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En Noruega, Tom Andersen, inicia con la democratización del equipo terapéutico, haciendo a los clientes partícipes de este trabajo, proponiendo de esta manera a los equipos reflexivos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Otro modo de hacer terapia es el de Harlene Anderson y Harry Goolishian, en este tipo de psicoterapia, se minimiza la intervención del terapeuta y se acepta totalmente el punto de vista del cliente, a este enfoque Bertrando y Toffanetti (2004) le llaman Terapias Colaborativas o Conversacionales.

2.2.6.1. Terapia Narrativa

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

La terapia narrativa se desarrolla en la década de los 80's por Michael White y David Epston. Ambos iniciaron su formación en disciplinas distintas a la terapia familiar, White, originario de Adelaide, Australia, inició su carrera como asistente social y después se interesó por la aproximación sistémica. La formación académica de Epston, originario de Auckland, Nueva Zelanda, fue en la sociología de la medicina, más adelante se interesó en la antropología, los estudios etnográficos y transculturales.

El trabajo narrativo se fundamenta en el Construccinismo Social, de acuerdo a Payne (2002), este se enfoca en las relaciones entre personas y las normas culturales y sociales que las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. Esta perspectiva es posmoderna en tanto que, aunque sigue siendo una teoría, niega la posibilidad de saber algo sobre las personas por medio de las teorías.

White también se fundamenta en Gregory Bateson y Michel Foucault. A través de Bateson conoció el método interpretativo, en el cual afirma que la comprensión de un hecho, o el significado que se le atribuye está determinado y restringido por su contexto receptor; también afirma que aquellos acontecimientos que no pueden <<pautarse>> no son seleccionados para la supervivencia, esto quiere decir, que para nosotros, tales acontecimientos no existen como hechos. Otro de los elementos de la obra de Bateson que retoma, es

que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia y para detectar el cambio (White y Epston, 1993).

El método interpretativo de la terapia familiar sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. De esta forma, Michael White se interesó por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la supervivencia y a la carrera del problema. White se interesa por las exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tienen esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas (White y Epston, op. cit., p. 21).

Las ideas sobre el poder y la objetivación de las personas de Foucault también han influenciado el trabajo de Epston y White, quienes afirman que lo retoman porque consideran que proporciona una vía de salida para el debate que se suscitó sobre el poder en los terapeutas familiares (White y Epston, op. cit.).

Además, la terapia narrativa es considerada postestructuralista. Esta perspectiva sugiere que *el lenguaje es la realidad*. Hablar de “problemas de pareja”, “problemas personales” o “fobia” es hablar de construcciones de quienes emplean esos términos. Lo que estos términos significan es arbitrario e inestable, es decir, la significación varía según quién utiliza el término y de acuerdo con la persona a quien se dirige dentro de un contexto específico.

Todo esto quiere decir que ni el hablante, ni el oyente pueden estar seguros de que son capaces de comprender con certeza lo que el otro *realmente* quiere decir. Se llega a la significación a través de la negociación *dentro* de un contexto específico.

Con esta perspectiva se entiende que el cambio ocurre *dentro* del lenguaje, aquello sobre lo que hablamos y cómo lo decimos marcan una diferencia y son esas diferencias las que pueden utilizarse para provocar una diferencia (a favor del paciente). De modo que reenmarcar un “problema de pareja” como si fuera un “problema personal” o viceversa marca una diferencia, tanto en la manera en que hablamos de las cosas como en el sitio donde buscamos las soluciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Muchos de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de **prácticas de poder** gracias a los conocimientos expertos que instituciones como la medicina, psiquiatría, clases sociales, la ley y la moral sexual llegan a perpetuar, obligando a la gente a definir su identidad y su vida de

forma limitada; el trabajo narrativo afronta directamente estas dimensiones <<políticas>> (Payne, 2002). De ahí que el modo narrativo de pensamiento dé mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida que a los sistemas de clasificación y diagnóstico.

Para Michael White la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación. Esta perspectiva es contraria a la dominante perspectiva estructuralista (la conducta refleja la estructura del espíritu) y a la perspectiva funcionalista (la conducta sirve a los fines del sistema) (White, 1997).

En su modelo, White considera, “primero, la **deconstrucción** del relato, segundo, la deconstrucción de las prácticas modernas de poder y, tercero, la deconstrucción de las prácticas discursivas” (White, op. cit., p. 30).

La **metáfora narrativa** propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida, y que tienen efectos reales, es decir, que dichas historias procuran la estructura de la vida (White, op. cit. p. 31). Por ello, uno de los fines de la terapia narrativa es ayudar a las personas a recobrar la convicción de que controlan su vida, o al menos resquebrajar su certeza de que no tienen posibilidad de controlarla (Payne, 2002).

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del **relato dominante** constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de **relatos alternativos**. White llama a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante, **acontecimientos extraordinarios** (White y Epston, 1993, p. 32)

En el modo narrativo se sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo, es un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la reescritura y por lo tanto, en el moldeado de sus vidas y relaciones (White y Epston, op. cit., p. 93).

Así, en la práctica, una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

1. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
3. Desencadena presuposiciones y establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples.
4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco.
5. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos.

6. Fomenta el sentido de la autoría y reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona a contar y volver a contar su propia historia.
7. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
8. Introduce consistentemente los pronombres yo y tú en la descripción de los eventos (White y Epston, op. cit.).

La **narrativa** es sólo una metáfora. Por ende, en terapia narrativa basta con una conceptualización simple de los elementos del relato. Al exponer esta idea, White utiliza el resumen de Jerome Bruner, según el cual un relato debe construir dos panoramas distintos pero simultáneos: uno es el **panorama de acción**, constituido por los argumentos de la acción. El otro es el **panorama de conciencia**, constituido por lo que los implicados sienten, piensan o saben; lo que no saben, no sienten ni piensan. Ambos paisajes son esenciales pero diferentes (Payne, 2002).

Lo que se busca en la estructura del relato es que la condición, el carácter y la conciencia estén integrados. Así las personas viven sus relatos “en un drama cotidiano donde la interacción entre acción (acontecimientos) y conciencia (sentimientos, pensamientos y creencias) produce la sensación de haber perdido el camino de la vida” (Payne, op. cit., p. 94).

Es importante mencionar que, en sus escritos más recientes, White habla más del **panorama de identidad** que del **panorama de conciencia**; sin embargo, el concepto de relato aun incluye 4 elementos: acontecimientos externos, experiencia interna, secuencia temporal y confusión (Payne, op. cit.).

INTERVENCIONES

De acuerdo a White (1997), la **deconstrucción** tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por hecho; esas verdades independientes de las condiciones y del contexto de su producción. Los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares al objetivarlas, así se vuelve exótico lo doméstico. Esta objetivación lleva a las personas a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas. En la terapia esto se hace por medio de la **externalización del problema**, la cual es un proceso que, en esencia, propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Uno de los primeros pasos para hacer esto puede ser **bautizar el problema**. Además de motivar a la persona a

expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. (...) El bautizar el problema añade énfasis y concreción, y permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización de éste (Payne, 2002, p. 27).

Sin embargo, Payne (2002) también advierte que, a veces, externalizar por medio de bautizar el problema puede ser demasiado difícil o simplificador, pues para algunas personas, el poner nombre a su problema se vuelve incómodo y artificial. En esos casos sugiere mejor abandonar este intento y seguir adelante.

La definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de la terapia, pero es común que sea fluida y evolucione a lo largo del tiempo. A veces, las personas definen su problema en términos basados en el conocimiento experto, pero esto a menudo disminuye las posibilidades de que las personas experimenten una sensación de agencia personal. Por ello, es importante estimular a los clientes para que construyan definiciones alternativas de los problemas; definiciones más relevantes para su experiencia y que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas (White y Epston, 1993).

Para White (1997), el proceso de externalización se inicia alentando a las personas a que den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan. Pueden tratarse de los efectos producidos en sus estados emocionales, en sus relaciones familiares, en las esferas sociales y laborales, o en cualquier otro contexto. White, recomienda poner énfasis especial en establecer de qué manera se ve afectada la concepción que esas personas tienen de sí mismas y de sus relaciones. Luego se les incita a señalar la influencia que esas concepciones o percepciones tienen en sus vidas, incluso en sus interacciones con los demás. A esto suele seguir alguna investigación de cómo las personas fueron inducidas a abrazar tales concepciones.

A medida que las personas se separan de las historias dominantes, se les hace posible orientarse a aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos, estas experiencias son llamadas “logros aislados”, o “acontecimientos extraordinarios” y son las puertas de entrada que facilitan la generación de historias alternativas.

Para facilitar todo este proceso, el terapeuta hace las **preguntas de influencia relativa**, las cuales se componen de dos tipos de preguntas: las que trazan la **influencia del problema sobre la vida de las personas** y relaciones y las que los llevan a describir **su propia influencia sobre la vida del problema**.

Asimismo, se pueden plantear preguntas relativas al panorama de acción y preguntas relativas al panorama de conciencia. Las preguntas referentes al panorama de acción hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas

particulares. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción (White, 1997).

Esta variedad de preguntas de influencia relativa puede clasificarse en 4 tipos de preguntas, las cuales se van planteando de manera secuencial a lo largo del proceso terapéutico y pueden ser directas, indirectas, en relación a uno mismo o a los demás: las **preguntas sobre logros aislados** se utilizan para discernir intenciones y acciones que contradicen la historia saturada del problema, con ellas se redefine la relación que la persona tiene con el problema. Otro tipo son las **preguntas relativas a la explicación única**, estas instan a dar sentido al logro aislado, localizándolo en tiempo y espacio, sirven para historiar los logros aislados y emplean una gramática de cambios decisivos y progreso. Las **preguntas relativas a la redescrición única**, estimulan a la persona para dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones, operan en el dominio de la conciencia. Las **preguntas sobre posibilidades únicas**, incitan a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, a investigar otras versiones posibles del yo, buscan nuevas metas y pasos a seguir, de esta forma el nuevo rumbo parece cobrar vida propia y poseer un impulso propio.

A medida que las personas responden a las diferentes preguntas, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo. Se puede ampliar aún más el alcance de estas historias alternativas planteando preguntas que inviten a las personas a identificar y reunir a un público ante el que crear nuevos significados vitales (White y Epston, 1993).

Adicionalmente, es importante aclarar que, aunque la externalización del problema permite a las personas separarse de estos problemas, esta práctica no las releva de su responsabilidad del mantenimiento de los mismos, por el contrario, dado que ayuda a las personas a hacerse conscientes de su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al mismo que antes no estaba a su alcance (White y Epston, op. cit.).

También es importante mencionar que no se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas. Cuando se identifican problemas de este tipo, el terapeuta tenderá más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas (White y Epston, op.cit.).

Además, en una terapia que incorpora la tradición narrativa, la recuperación de las vidas y las relaciones se logra no sólo haciendo preguntas, sino también recurriendo a diversos **documentos escritos** (White y Epston, op. cit.). Para ello, el terapeuta puede emplear escritos de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten

describir su propio progreso. Puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos. Los documentos pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos, o certificados. A veces serán solo para el uso privado de la persona, a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. Se utilizan para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque en la sociedad occidental goza de mayor autoridad (Payne, 2002).

Las **cartas** son sobre todo un medio para un fin y por tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir una vivencia en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo (White y Epston, op. cit.). Algunas modalidades de cartas son:

- **Cartas de invitación.** Se utilizan para invitar a la sesión a algún miembro de la familia o a alguna otra persona, cuando se considera necesario incluirla en la terapia.
- **Cartas de despido.** Se despide a una persona de las funciones que venía desempeñando.
- **Cartas de predicción.** Se emplean al término de la terapia, en ellas, con autorización del consultante, el terapeuta realiza una predicción sobre la situación que prevalecerá en la vida de quien solicita la terapia para un futuro cercano (6 meses). Esta carta se entrega en un sobre cerrado para que sea abierto hasta la fecha señalada.
- **Cartas de contraderivación.** Se envían al profesional o instancia que derivó a las personas a consulta. Se utiliza un lenguaje despatologizante que se aparta del uso de etiquetas y diagnósticos y se reportan los avances alcanzados.
- **Cartas de recomendación.** Se emplean para destacar las habilidades, logros y cualidades de las personas y están dirigidas a testigos importantes que en algún momento hayan expresado la incredulidad sobre las capacidades del consultante.
- **Cartas para ocasiones especiales.** Son redactadas para que las utilice el consultante en alguna ocasión especial.
- **Cartas breves.** Su principal objetivo es realizar un reconocimiento al destinatario de su presencia del mundo.
- **Reflexiones postsesión.** El terapeuta redacta ideas, reflexiones o preguntas que se le ocurren después de terminada la sesión.
- **No asistencia.** Se pone al tanto de los descubrimientos realizados durante la sesión, a quién no asistió a ella. En la redacción se incluye la participación del ausente en los acontecimientos extraordinarios identificados.
- **Convocando un público.** Se invita a la familia a dar a conocer sus logros en público.

- **Investigando la influencia.** Se redacta la influencia relativa que la persona tiene sobre el problema.
- **Historiar.** Se alienta a la persona a reflexionar sobre su historia e identificar en ella la lucha que ha realizado para combatir al problema, así como a identificar los recursos que le han ayudado para lograr vencer.
- **Desafiar las técnicas de poder.** Se plantean reflexiones y preguntas que alientan a la persona a tomar medidas de desafío a las circunstancias que le mantienen en situación de sometimiento.

Otros documentos son los que denominan **contradocumentos**:

- **Certificados.** Sirven de reconocimiento y dan fe de los logros alcanzados en una situación o tarea específica. En ellos se destacan las habilidades, competencias y retos superados.
- **Declaraciones.** Quizá la más destacada es la *declaración de independencia*, en donde se declara libre del problema que lo llevó a terapia. En ellas se detallan las características del problema y las artimañas de las que se valió para hacer daño, así como las estrategias que la persona empleó para librarse de él y que en un momento determinado podría volver a usar.
- **Autocertificados.** Son elaborados por la persona, a veces en colaboración con el terapeuta, en el que se reconoce a sí misma los logros alcanzados.

Cuando los pacientes son tratados como asesores de sí mismos, de otros pacientes y del terapeuta, ellos se sienten con mayor autoridad sobre sus propias vidas, sobre sus problemas y sobre la solución a tales problemas. Esa autoridad adquiere la forma de un conocimiento experto que se registra en un medio popular (video, audio, diarios, etc.) a fin de hacerlo accesible al propio asesor, el terapeuta y otros potenciales pacientes (White, 1997).

White ha subrayado cada vez más la importancia de que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un público. Este público podía estar formado por amigos, parientes, compañeros, etc. Más tarde, desarrolló la práctica de ofrecer, a su debido tiempo, un público en la misma consulta, compuesto por otros terapeutas, por gente elegida por la persona, o mixto. Además de obtener testigos externos, las personas pueden consolarse y apoyarse en las reminiscencias de individuos importantes a los que han perdido, de desconocidos que contribuyeron significativamente sus vidas, o de gente famosa cuyos ejemplos de integridad y valor enriquecieron indirectamente a la persona (Payne, 2002).

Para White (1997), la terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración, pues las terapias narrativas no se basan en una metáfora de la terminación como pérdida sino en una metáfora de la reincorporación.

Para ello, los terapeutas narrativos incluyen la identificación y el reclutamiento de un público capaz de autentificar el cambio y legitimar el conocimiento alternativo.

2.2.6.2. Enfoque Colaborativo

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

El trabajo de Anderson y Goolishian se fundamenta en la teoría de la construcción social, la cual promueve la idea de que la realidad no existe allí fuera, de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. Otras teorías en la que se basa son, la hermenéutica, que es el arte de la interpretación, y en la teoría de la narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se los cuenta (Hoffman en Anderson, 1999).

La hermenéutica filosófica contemporánea y el Construccinismo Social ven a los sistemas humanos como entidades complejas integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden. Tanto para la Hermenéutica como para el Construccinismo Social, el sentido ha de verse como una coproducción de quien habla y quien escucha, donde ambos comparten el mismo poder activo de competencia lingüística. Para ambos, el lenguaje desempeña un papel central; creencias y prácticas se vinculan con, se crean en y ocurren en el lenguaje (Anderson, 1999).

Además, la hermenéutica sostiene que la comprensión siempre es interpretativa, que no hay un punto de vista único o privilegiado para la comprensión. Para ellos cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes, y es contextual. Por ende, la interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban (Anderson, op. cit.).

Por su parte, el Construccinismo Social sostiene que el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo es una construcción comunal, un producto del intercambio social. Al retomar todas estas ideas, el enfoque colaborativo se ubica como una terapia posmoderna.

Vale la pena aclarar, que para Harlene Anderson (1999), *posmoderno* significa una crítica, no una época; es un coro polifónico de sonidos interrelacionados y cambiantes, de los que cada uno expresa una crítica del modernismo y una ruptura con éste. El pensamiento posmoderno a menudo ligado al

posestructuralismo, y representa un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. El posmodernismo se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad, y lo desconocido, donde el cambio se acepta y se da por supuesto.

Siguiendo a Anderson (op. cit.), se puede observar que el pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el poder, la verdad, el lenguaje, la historia y la persona. Se acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. Se ve al conocimiento como una construcción social, donde conocimiento y conocedor son interdependientes; todas estas características se ven reflejadas en la terapia colaborativa de diferentes maneras.

Si bien el enfoque de Harlene Anderson se ha conocido como *enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje*, ella lo llama simplemente *enfoque colaborativo*. Estos términos se refieren a su conceptualización de la terapia: un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa. Una búsqueda conjunta de posibilidades (Anderson, op. cit.).

PRINCIPIOS BÁSICOS

Harlene deja de creer que los sistemas crean a los problemas para decir que **los sistemas son determinados por problemas**. Ellos prefieren pensar, que las personas con quienes hablan en terapia son parte de un sistema que se ha consolidado en torno de un problema al que decidieron llamar: “sistema determinado por el problema”, y luego sistema organizador de problemas y después pasó a ser un sistema disolvente de problemas (Anderson, op. cit.).

También prefiere hablar de **dilema o situación vital** más que de problema, y raramente usa la palabra solución porque no cree que los problemas se resuelvan; más bien para ella se disuelven. Un terapeuta no resuelve problemas ni arregla nada. Más bien, la exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución, no a una solución. **Los problemas** no se resuelven sino que **se “disuelven en el lenguaje”**. Desde este punto de vista, lo importante es el proceso por el cual uno habla acerca de algo, no su contenido.

En el enfoque colaborativo se prefiere pensar y hablar sobre cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples, en lugar de conceptualizarlo como una realidad discreta. Un terapeuta no puede descubrir en qué consiste el problema verdaderamente, pues cada suceso es sólo un relato de una historia, un recontar la historia, una verdad dentro de una gama poli-cromática de verdades (Anderson, op. cit.).

Los terapeutas colaborativos son **participantes en una conversación**. Así el terapeuta no controla la conversación, no establece el temario, ni la orientación, contenido o resultado específico, y tampoco es responsable por la dirección del cambio. El objetivo es facilitar el diálogo, a través de él crear la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones. El terapeuta busca estimular el diálogo interno (conversaciones silenciosas con uno mismo u otro imaginado) y el externo (conversaciones en voz alta con otro). La posición no intervencionista no es necesariamente pasiva o inocente. **El terapeuta es activo pero no directivo**, siempre influye en el cliente; del mismo modo, el cliente siempre influye en el terapeuta (Anderson, 1999).

Para Anderson (op. cit.) es importante diferenciar las **conversaciones dialógicas** de las monológicas. En el espacio dialógico, el pensamiento de cada uno hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples, en cambio, en el espacio monológico, una idea o un conjunto de ideas se hacen estáticas y excluyen a otras. El espacio dialógico o contexto conversacional, es crítico para el desarrollo de un proceso generativo que promueve ideas y acciones fluidas y cambiantes. Se puede decir que en una conversación dialógica cada acto de habla crea un espacio de posibilidades.

La conversación dialógica no supone acuerdo. Más bien, el diálogo requiere que haya lugar suficiente para la coexistencia de perspectivas familiares, ambigüedades confusas y actitudes vigorosas. Y requiere que haya lugar para que emerjan invenciones y opiniones diferentes. En un monólogo, los participantes no se ofrecen la oportunidad de estar en conversación. No hay apertura al otro, una perspectiva reina y la realidad se cierra. Anderson (1999) se refiere al monólogo como una ruptura de la conversación y a las condiciones que provocan el colapso del diálogo. También advierte que al distinguir entre monólogo y diálogo no tiene como propósito patologizar al primero y normalizar el segundo. Sólo usa estos términos para distinguir a los distintos tipos de conversaciones en general, y distinguir los distintos tipos de conversaciones terapéuticas en particular, las que favorecen monólogos internos y externos y las que favorecen diálogos externos e internos.

En la perspectiva lingüística y dialógica, se acentúa la naturaleza social de un yo que emerge de relaciones y se actualiza en ellas, así, se tiene capacidad de crear significaciones a través de la conversación. Esta es la perspectiva lingüístico-relacional del yo que propone Gergen (Anderson, 1999).

Harlene Anderson (op. cit.) cree que la conversación –en la terapia, enseñanza, consulta empresarial- busca ayudar a la gente a que tenga el coraje y la capacidad de moverse entre las cosas y los sucesos en el mundo. Esto lo permite un tipo especial de conversación – un diálogo- y la capacidad del terapeuta de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico.

INTERVENCIONES

En el Enfoque Colaborativo no se habla de técnicas o intervenciones, este enfoque es más que eso, es una filosofía, es una forma de estar en el mundo, por ello se habla de una postura.

Para **crear un diálogo**, es preciso crear un espacio invitante para todas las voces. Esto requiere mostrar interés y respeto por lo que la otra persona quiere decir. También requiere ser abierto y evitar los secretos. Por eso es importante **ocuparse de los temas y preocupaciones que traen los consultantes a la conversación**, se les hace saber lo que se sabe sobre sus agendas, se les dice lo que se ha oído acerca de ellos o ellas y se les pide su opinión. Se usa un lenguaje colectivo: “nuestra agenda, nuestra conversación, el trabajo conjunto de ustedes” (Anderson, op. cit.).

Los terapeutas colaborativos **escuchan genuinamente** a sus pacientes, al mismo tiempo que aprenden el lenguaje particular de cada miembro del sistema organizado en torno al problema. Así el equipo colaborativo comenzó a ver lo singular de cada cliente y de sus circunstancias, lo singular de cada situación clínica, lo singular de cada relación terapeuta-cliente. Al mismo tiempo que Anderson y sus colaboradores (1999) se centraban en aprender el lenguaje y los significados de los clientes, comenzaron a desechar sus opiniones expertas sobre cómo debería ser la gente, cómo deberían ser las intervenciones basadas en su pericia terapéutica.

Al crecer el interés por el conocimiento de la otra persona, el conocimiento de los terapeutas se hizo menos importante. Así los terapeutas colaborativos fueron suspendiendo sus historias, prejuicios y opiniones acerca de cómo deberían de ser las familias, de cómo deberían de construirse las narrativas, de cuáles narrativas eran más útiles. La terapia dejó de ser un “hablar a” y se convirtió en un “hablar con”. La combinación de estas experiencias provocó un estado constante de **incertidumbre**, en tanto se comprendió que era imposible predecir o predeterminar el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas. Se comenzó a apreciar y valorar esta sensación de impredecibilidad, que hacía sentir a los terapeutas cómodos y libres. Pues los terapeutas no necesitaban ser expertos en cómo deberían vivir los clientes, en las preguntas correctas o en la mejor narrativa (Anderson, op. cit.).

Para ver en el consultorio y conversar por teléfono se eligen a los que hablan sobre el problema y no se mira el lugar que la persona ocupa en una estructura (padre, esposa, hermano, psicólogo escolar). A los terapeutas colaborativos les pareció cada vez menos necesario trabajar con familias enteras. Buena parte de su trabajo es con individuos, partes de familias y miembros de sistemas más extensos que la familia. Se dejó de definir a la terapia en función de un nivel de organización social o de los que estaban físicamente presentes en el consultorio. De esta manera Harlene Anderson (1999) renuncia al título de terapeuta familiar y pasó a llamarse consultora y a describir lo que hace como un conversar con la gente.

Los terapeutas colaborativos, piensan que es importante conocer quienes hablan con los clientes. Frecuentemente, ellos sostienen conversaciones con amigos. Por lo que, en esta forma de terapia, se puede **invitar a los amigos a incorporarse a la terapia** por una vez o en forma estable. En la terapia colaborativa, un terapeuta quiere que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como las otras. Es una **posición de multipartialidad**, en la cual se alía simultáneamente con todos los participantes. Esto es muy diferente de la neutralidad donde el terapeuta se esfuerza por no aliarse con nadie (Anderson, op. cit.).

Más que técnicas, un **proceso dialógico** incluye, según Anderson (op. cit.), seis componentes interrelacionados simultáneos, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica:

1. El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo. Esto significa que el terapeuta hace lugar para el otro y que no entra con ideas y planes ya formados acerca del cliente, el problema o su solución.
2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. El terapeuta crea el espacio para un proceso dialógico externo oral, invita a éste, lo facilita.
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. El proceso dialógico externo incrementa la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno más que en un monólogo. A esto puede ayudar plantear preguntas de manera novedosa o expresar una curiosidad, para estimular pensamientos o disquisiciones internas.
4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí. A medida que un individuo habla de distinta manera con su terapeuta y consigo mismo, también comienza a hablar distinto con otros, así complementan y expanden la versión del otro.
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Los diálogos internos y externos que ocurren en el consultorio hacen que los clientes hablen de distinto modo consigo mismo y con otros fuera del consultorio.
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.

Harlene Anderson (1999) recomienda que se organice a la habitación de terapia con el objetivo de alentar el diálogo en situaciones de terapia, educación y consultoría. Pues una organización puede obstaculizar la conversación dialógica. Para esto es importante que las personas se sienten de modo tal que puedan verse unas a otras, además de que la disposición de las sillas sugiera imparcialidad. Anderson siempre prefiere una habitación con un círculo de sillas similares. Cuando ella enseña o da consultas, es habitual que pida permiso para reacomodar las salas, y también le gusta caminar por la habitación y acercarse a la gente con la que habla.

Es importante que para sumergirse en la conversación, **no se tomen notas** durante las sesiones, excepto en el caso de registros de datos. Pues si se toman notas es difícil transmitir interés y uno se puede perder lo que se está diciendo, y la gente se puede sentir incómoda. También se recomienda que las citas sean hechas por uno mismo, en vez de una secretaria, o una encargada de admisiones, porque se cree que la terapia comienza con el primer contacto entre profesional y cliente, además, al hacer las citas uno mismo, se elimina el riesgo de dar significados desarrollados en las interacciones entre el cliente y otras personas que hablan con él antes que el terapeuta (Anderson, 1999).

Las preguntas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica. Las preguntas en la terapia colaborativa siempre se hacen desde la **posición de no saber**. Las preguntas son la única herramienta que se tiene en el trabajo, la única manera de interesarnos y de participar en la vida de los pacientes. Anderson (op. cit.) prefiere no utilizar preguntas que sugieran sus propias respuestas, o preguntas que impliquen la dirección de las respuestas, pues esto es lo que se hace en la terapia tradicional. Es importante tener ciertas intenciones en las preguntas: una pregunta de contenido, por ejemplo, busca datos o información. En cambio una pregunta de proceso facilita el diálogo. Sobre las preguntas de proceso, Harlene se refiere a indagar sobre el proceso relacional en el que se desarrolla el contenido significativo para el cliente, como por ejemplo puede ser reflexionar sobre por qué una terapia ha sido útil.

Podría objetarse que los clientes esperan certidumbre, que pagan a un experto para que les dé respuestas, y que no aceptarán un terapeuta que adopte una postura filosófica colaborativa e invite a participar. Harlene Anderson (op. cit) ante esto comenta, que esto no es un problema, pues se ha encontrado que a los clientes no les resulta difícil relacionarse en forma colaborativa, ella como Shotter dicen que los clientes ruegan por la colaboración, pues ellos saben que son los que mejor conocen sus reacciones y sus sentimientos.

El hecho de que se insista en un diálogo y en el lenguaje no significa que el enfoque colaborativo sea cognitivo o que se adecúe solamente a gente con habilidades verbales avanzadas. Para Anderson (op. cit.) toda persona tiene pensamientos, sentimientos y opiniones a los que se puede acceder y que pueden

expresarse en una conversación dialógica, no importa cuán limitadas le parezcan a un profesional sus habilidades verbales o su inteligencia. En la relación terapéutica, el terapeuta tiene la responsabilidad de ayudar a cada persona a encontrar los medios para expresar sus versiones narrativas.

2.2.6.3. Equipo Reflexivo

ANTECEDENTES DEL MODELO Y PRINCIPALES EXPONENTES

El equipo reflexivo se desarrolló en Noruega, en 1974, cuando un grupo de terapeutas noruegos vieron con claridad que los problemas incluían a mucha gente, tanto a los familiares como a los profesionales, por lo que tuvieron que tomar a ambos en consideración en el trabajo que iban a iniciar. Al principio, el grupo se reunía informalmente buscando nuevos modelos de pensamiento y de trabajo. Para ello, leían los libros de Jay Haley, Salvador Minuchin, Paul Watzlawick y sus seguidores (Andersen, 1994).

El equipo tenía como objetivos el trabajar para impedir la internación de pacientes psiquiátricos y el participar en un programa educacional de dos años en terapia familiar de orientación sistémica. El programa de Terapia Familiar logró que los terapeutas del equipo de Andersen se encontraran con Lynn Hoffman, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, entre otros. Les resultó atractivo el estilo milanés, porque su atención se centraba en el proceso de la entrevista más que en las intervenciones (Andersen, op. cit.).

Para 1984, algunos de los terapeutas expresaron sus deseos de comenzar un trabajo en equipo, entonces comenzaron a ver que la sesión terapéutica era en sí misma un proceso cuyo objetivo era hacer que un proceso estancado se pusiera nuevamente en movimiento. Por lo tanto, se pensó que sería una buena idea permitir que el sistema estancado pudiera ver más acerca del proceso terapéutico (Andersen, op. cit.).

Sin embargo, al equipo de Tom Andersen le tomó 3 años atreverse a permitir que los clientes los vieran trabajar, pero un día, en marzo de 1985, la idea vio la luz. Fue en una sesión en la que una familia no respondía la sugerencia que le dio el equipo, entonces se decidió golpear la puerta de la sala de entrevista y preguntarles a los pacientes si querían escuchar a los terapeutas unos minutos. Se les dijo que se tenían algunas ideas que podían ayudarlos en su conversación.

Si les interesa la idea”, dijo, “les sugerimos que tanto la familia como el médico se queden sentados en esta habitación. Nuestro equipo nos permite oscurecer la habitación y entonces encenderemos la luz de nuestra oficina. Ustedes podrán vernos y nosotros a ustedes no. También podemos conectar el sonido para que ustedes puedan oírnos, mientras que nosotros no podremos oírlos a ustedes (Andersen, op. cit., p. 33).

A partir de esta experiencia, el equipo se dio cuenta que el revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre el equipo y la familia, pues ya no eran los únicos responsables, sólo eran una de las dos partes. A esta forma de trabajo se le llamó equipo reflexivo; partieron de la palabra en francés, la cual tiene el mismo significado que la noruega *refleksjon*, es decir, algo que es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, op. cit.).

De acuerdo a Tom Andersen (op. cit.), el equipo reflexivo se basó en los pensamientos de Bateson sobre las diferencias que hacen diferencias, así como en los escritos de Maturana y Varela. Asimismo, retomaron las ideas de Adel Bülow-Hansen y Gudrun Øvreberg, quienes desarrollaron un método fisioterapéutico para personas que sufren de tensión muscular. Ellos se concentraban en la respiración y el movimiento del cuerpo como dos movimientos inseparables.

PRINCIPIOS BÁSICOS

La idea del grupo reflexivo ha sido a veces interpretada como un método, pero Tom Andersen deja muy en claro que es una forma de pensar que inevitablemente lleva a su tipo de práctica, es decir, es solo una manera de poner ideas sistémicas en acción (Hagens en Andersen, 1994, p. 21).

Una de las premisas básicas de este enfoque, es que ***cada vez que una persona describe a otra es parte de un sistema de observación***. Y para poder describir, se necesitan establecer diferencias, lo cual, será un acto del que describe, y tienen que ver sus intereses, conocimientos, su historia, etc. Además, en cada acto de descripción se dejan fuera muchas otras posibilidades. Así, el que describe a otra persona, a través de su participación en el sistema de observación influye en lo que puede ser observado y descrito (Andersen, op. cit.).

Por ende, Andersen (op. cit.) y su equipo concluyeron que **cualquier descripción o explicación depende del observador** y cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; así, cuando se comparen las versiones, todas serán diferentes en algún grado. Por tanto, decidieron que ninguna descripción sería mejor que las demás, pues todas son igualmente válidas. De ahí que en su trabajo clínico busquen y acepten todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan, y promueven la búsqueda de las que todavía no se encuentran.

Andersen (op. cit.) retoma una variación de la diferencia que hace una diferencia, y dice que aunque hay tres tipos de diferencias, sólo una de ellas causa una diferencia, la apropiadamente diferente. Luego aplicó esto a las conversaciones terapéuticas y cambió la palabra diferencia por la palabra **inusual**, si la gente se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría producir un cambio, pero si se enfrentan con algo que es muy inusual, las personas se cierran para no inspirarse. Por lo tanto, propone brindar a los pacientes algo inusual pero no demasiado, en las conversaciones de las que formamos parte con esas personas.

Además de esto, para Tom Andersen (op. cit.), las **palabras básicas** que se utilizan en el equipo reflexivo son: idea, descripción, explicación, significado y comprensión.

Entre sus conceptos básicos, mencionan que el cambio puede ser una limitación o puede ser evolución. El cambio que limita se da como resultado de consejos o imposiciones externas; si se percibe como una amenaza a la integridad, la persona se cierra para defenderse. El segundo tipo, el cambio que evoluciona, viene desde adentro, cuando se amplían las premisas de actuar, conocer y sentir. Este cambio ocurre cuando hay libertad para intercambiar ideas entre dos o más personas, asegurando la integridad individual de todas las personas. Son cambios que conocen su propia ruta y su propio tiempo (Andersen, op. cit.).

Debido a que los consejos y las interpretaciones pueden transformarse fácilmente en perturbaciones ajenas a la persona, Andersen (op. cit.), influido por el equipo de Milán, Goolishian y Anderson, piensa que es más seguro utilizar solamente preguntas, y que la mejor manera de hacer preguntas, es preguntar cosas sobre las que las personas no se cuestionan frecuentemente y que pueden responderse de muchas maneras, lo que a su vez, crearía nuevas preguntas.

En el enfoque del equipo reflexivo se considera que **las personas saben exactamente qué ideas les gustaría discutir** y guiarán al terapeuta hacia las ideas más importantes si se sienten seguros de que la conversación les asegura la conservación de su integridad (Andersen, op. cit.).

Además, cuando cada uno de los que se encuentran en la situación tiene significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones. Pero si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. Tom Andersen

(op. cit.) señala que esto ocurre muy a menudo, cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí.

De ahí que el equipo reflexivo utilice el término **multiverso** para describir un fenómeno que puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Ellos parten de la idea constructivista de que cada persona crea su versión de una situación, y ninguna de las versiones es correcta o incorrecta. La tarea del equipo reflexivo es entablar un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y sus explicaciones. A partir de ahí se les invita a un diálogo para discutir si podría haber otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez todavía no han pensado. Esto es, se les invita a que se unan al equipo en un intercambio de ideas, aceptando que siempre hay algo que no se vio y algo que no se pensó en los procesos de la vida (Andersen, op. cit.).

Así, la estructura del equipo reflexivo ofrece a las personas que lo consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas (Andersen, op. cit.).

PROCESO DEL EQUIPO DE REFLEXIÓN

Desde este enfoque, la terapia no es una técnica que deba aplicarse. La terapia es un modo en el que el terapeuta participa en una relación con su cliente aportándole algo inusual a éste. La relación terapéutica, muy al tono de la postura posmoderna, se entiende en una situación donde las jerarquías se desvanecen y existe una relación democrática e igualitaria en donde las participaciones de los implicados tienen la misma importancia. Tom Andersen le llama a esto **relación heterárquica** (White, 1997).

Hay muchas **formas de organizar un equipo reflexivo**, depende en gran parte de las circunstancias prácticas, y de los deseos y preferencias de los participantes. El equipo puede estar compuesto por una sola persona (el entrevistador) o hasta 4 ó 5 miembros, aunque por lo general son 3. A veces, Andersen (op. cit.) les pide a los profesionales que ya existen en el sistema fijo que se unan en un equipo. La parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo es lo que se llama equipo reflexivo.

El sistema que pide la consulta, ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia más el sistema de ayuda, más el terapeuta que los entrevista, pertenecen al sistema de entrevistas. El equipo reflexivo generalmente se encuentra detrás de un espejo unidireccional, aunque también se puede hacer sin espejo.

Andersen (op. cit.) considera al sistema de entrevista como un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla.

Las reglas a seguir son pocas, más bien las **reglas** que se tienen se refieren a las cosas que no se deben hacer: no se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista, no se deben dar connotaciones negativas y no hay que mirar a los ojos a los miembros del sistema de entrevistas cuando es el que equipo el que está hablando (Andersen, op. cit.). Según Lynn Hoffman, en el equipo reflexivo hay reglas que los llevan a utilizar descripciones positivas y a evitar términos competitivos o críticos. Sus comentarios, en general ofrecen nuevas opciones y descripciones más que ideas sobre lo que está mal, pues es de fundamental importancia que la gente no se sienta identificada con la crítica o la culpa. Además, refiere que las familias parecen fascinadas por el proceso de escuchar las conversaciones de los profesionales acerca de ellas (Hoffman en Andersen, op. cit.).

Andersen (op. cit.) explica que antes de que se tenga la primera entrevista, por lo general hay un contacto telefónico en el que, en lugar de preguntar quién es la familia, se pregunta **quién es parte de esa situación** y se discute la posibilidad de que todos los participantes vengan a la reunión. Luego, se describe el diseño del equipo reflexivo en vez de hablar del problema, pues cuando se tiene la primera entrevista, el terapeuta entra sin una historia o hipótesis predeterminada.

En la **primera sesión**, se les informa a los clientes sobre la modalidad del equipo reflexivo y se les muestra dónde estará sentado el equipo prendiendo la luz de la sala de observación, para que puedan ver dónde y cómo están sentados los miembros del equipo.

El **equipo reflexivo sólo escucha, no hablan entre sí**, sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas sobre lo que escuchan y de qué otras maneras podría describirse o explicarse eso. Esta idea surge de la creencia de que una discusión detrás del espejo limita la atención de los miembros a una sola idea o a unas pocas ideas. Por tanto, de acuerdo a Tom Andersen (op. cit.) si los miembros del equipo no se hablan entre sí probablemente se les ocurrirán más ideas y éstas serán probablemente diferentes.

Después de transcurrido un tiempo en la sesión, los miembros del equipo presentan sus ideas, si es que el sistema de entrevista se las pide. Entonces, los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el tema presentado, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. Esto dura unos 5 ó 10 minutos, y ya que terminan de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo reflexivo escucha (Andersen, op. cit.).

A menudo se hacen uno o dos cambios, a menos que ocurra que el diálogo en el sistema de entrevista sea tan rico, con tantas nuevas ideas, que las reflexiones del equipo parezcan redundantes y por tanto, no se las presenten. Otras veces puede haber más de dos cambios: sin embargo, cuatro es lo máximo a los que el equipo reflexivo de Tom Andersen (op. cit.) ha llegado.

Al final de la reunión los miembros del equipo fijo se preguntan si quieren que se vuelva a dar otro encuentro, si así fuera se les pregunta cuándo y quién podría venir la próxima vez; también se les pregunta si prefieren pensarlo con tiempo y llamar cuando quieran otra reunión (Andersen, op. cit.).

Tom Andersen (op. cit.) señala que, durante la sesión, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. Del mismo modo, el equipo sólo da **reflexiones especulativas** para subrayar que cada miembro del equipo solo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final. Además, en las reflexiones se omite con todo cuidado aquello que la persona prefiere que no se mencione.

En este modelo, es de extrema importancia organizar el trabajo terapéutico de tal forma que las personas tengan permanentemente la oportunidad de decir no a la forma, al contenido o al contexto de la conversación. Con ese fin, Andersen (op. cit.) y su equipo utilizan las palabras como *gustar* y *cómodo* en sus preguntas, pidiéndole a las personas que les digan de qué manera se sentirían más cómodos o cómo les gustaría usar esa sesión, además de estar atentos a percibir si hay señales de que las personas no se sientan cómodas con el rumbo que va tomando la conversación.

Para Andersen (op. cit.), las conversaciones necesitan **pausas**, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberían ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar las ideas y las palabras para expresarlas. Al hablar con alguien, tratan de seguir su ritmo sin perder el propio, para ello, se auxilian de la respiración de la persona.

Cuando las personas hablan, Tom Andersen (op. cit.) y su equipo se preguntan, qué de todo lo que oyen es más importante para seguir hablando. Estas partes más importantes son las “aperturas” a partir de las cuales se hacen preguntas. Las preguntas apropiadamente inusuales son la mejor contribución al sistema estancado.

Se pueden hacer preguntas sobre descripciones, es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que estas son las que le dan perspectiva a un fenómeno. Tales preguntas incluyen todo tipo de variaciones y contienen palabras como: <<en comparación con>>, <<en relación con>>, o <<diferente de>>.

También se pueden hacer preguntas para sonsacar explicaciones, preguntas hipotéticas, preguntas circulares y preguntas sobre otras conversaciones pasadas, presentes y futuras. Si alguna de estas preguntas

llega a ser demasiado provocativa, lo mejor es esperar e intentarlo nuevamente más tarde, cuando se sientan seguros de que el diálogo no va a amenazar su integridad (Andersen, op. cit.).

Andersen (op. cit.) considera que la **curiosidad** es el motor de la evolución. Por eso recomienda sentir curiosidad al pensar en el contenido de las conversaciones alternativas que se pudieron haber tenido. Una manera de hacerlo es ver los videos y analizar cuáles son las preguntas que no se hicieron y qué se podrían haber hecho, así como pensar sobre las aperturas que no se utilizaron y discutir las preguntas que se hubieran hecho en esas aperturas.

Capítulo 3

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

En el siguiente cuadro expongo los casos que atendí como terapeuta principal durante la Maestría.

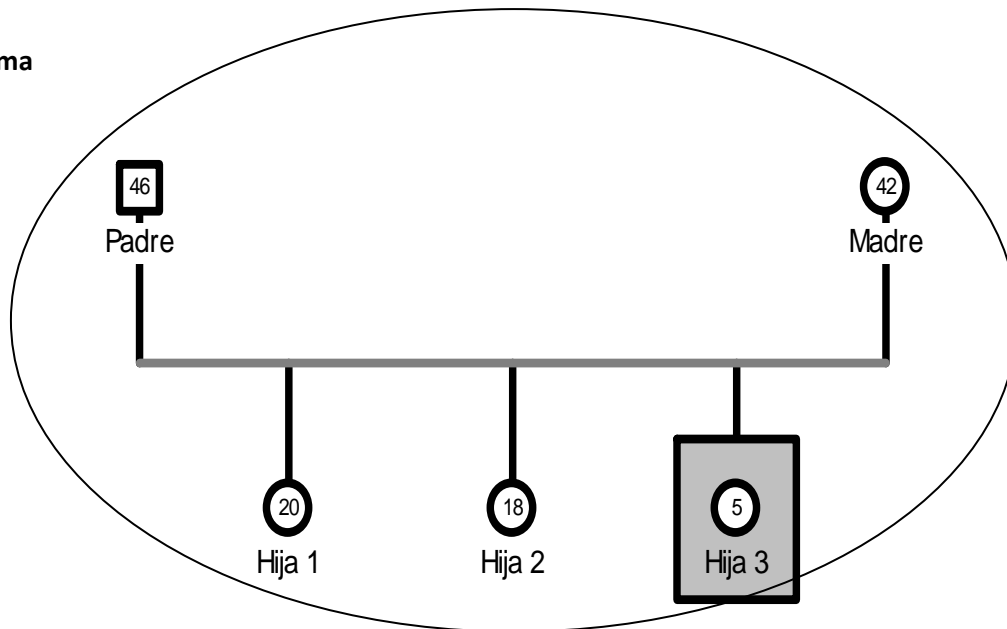
Semestre	Familia	Etapa del Ciclo Vital	Motivo de consulta	Modelo de Terapia	Número de Sesiones	Resultado de la intervención
2°	A	Formación de la pareja	Discusiones frecuentes en la pareja	Modelo de Terapia Estratégica	8 1(Seguimiento)	ALTA
2°	B	Familia con hijos adolescentes	Problemas de conducta del adolescente	Modelo de Terapia Estructural	8 1(Seguimiento)	ALTA
3°	C	Familia con hijos adolescentes y en edad escolar	Enuresis y encopresis	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo	7 1(Seguimiento)	ALTA
3°	D	Familia con hijos adolescentes	Fobia (aracnofobia)	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo	3 1(Seguimiento)	ALTA
3°	E	Familia con hijos en edad escolar	Problemas de conducta de la hija mayor	Modelo de Terapia Estructural	7 1(Seguimiento)	ALTA
4°	F	Familia con hijos en edad escolar	Agresividad e introversión del hijo	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo	6 2(Seguimiento)	ALTA
4°	G	Familia con hijos en edad escolar	Violencia intrafamiliar	Modelo Narrativo y Equipo Reflexivo	8 2(Seguimiento)	ALTA

Dado el interés de esta tesis en el proceso terapéutico con niños en edad escolar, se eligieron las familias C, E, F y G para llevar a cabo el análisis y discusión de los casos. A continuación se presenta la integración del trabajo realizado con cada una de ellas.

3.1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de las familias elegidas

FAMILIA C

Familiograma



Motivo de consulta y antecedentes del caso

La madre solicitó el servicio porque su hija de 5 años, desde hace 9 meses comenzó a presentar encopresis y enuresis secundarias, la niña controló esfínteres entre los 2 y 3 años. También mencionó que la niña había manifestado tener miedo de ser abandonada en dos ocasiones, hace 2 años cuando se quedó encerrada en un baño, y hace 9 meses cuando ingresó al preescolar, este evento coincide con la aparición del trastorno de control de esfínteres. Agregó que su niña le ha comentado que “no sabe qué hacer con sus emociones”. También comentó que ella, su esposo e hijas mayores no saben cómo tratar a la pequeña porque ellos son adultos y que sus hijas mayores a veces intentan ser como la madre de la hermana menor.

La madre refirió que su hija de 18 años presentó encopresis secundaria a los 5 años de edad, acudieron a un grupo de psiquiatría de la UNAM (Paixas) y finalmente la atendieron en el Psiquiátrico Juan N. Navarro durante varios años y se resolvió el problema.

Objetivo terapéutico

El objetivo que se planteó fue que la niña dejara de presentar enuresis y encopresis totalmente.

Hipótesis

Durante las primeras sesiones se pensó que la conducta de la pequeña era una forma de diferenciarse de sus hermanas, una forma de decirles a sus padres que ella aún era una niña y no un adulto como los demás miembros de la familia, ya que al escuchar sus expresiones verbales y observar su comportamiento en general era evidente que se conducía como un adulto más dentro de la familia.

Más adelante la hipótesis de trabajo se confirmó ya que la niña era tratada y educada como una chica en la etapa final de la adolescencia, por ejemplo no tenía límites ni reglas claras y tampoco recibía atenciones acordes a una niña de su edad, por lo que parecía que ella no se podía ubicar en su etapa de vida.

Si bien esta familia estaba viviendo tanto la etapa de la adolescencia con la de hijos pequeños (Carter y McGoldrick, 1980) se conducían como si las tres hijas fueran de la misma edad.

Consideramos que la familia contaba con los recursos necesarios para resolver la problemática actual, parecía que tales recursos habían sido olvidados porque durante varios años no se habían utilizado pues las dos hijas mayores ya habían crecido y no eran necesarios para educarlas, sin embargo ahora la hija menor requería que fueran retomados.

Modelos psicoterapéuticos de intervención

Se utilizaron dos modelos psicoterapéuticos apoyados en una visión posmoderna, la Terapia Narrativa, con la propuesta de White (1997) para tratar la seudoenuresis y seudoencopresis; y el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Intervenciones

Durante la primer sesión se realizó la **unión** del terapeuta con la familia al preguntarles si había alguna duda antes de comenzar, o si había algo que el terapeuta pudiera hacer para que se sintieran más cómodas. Después se definió el motivo de consulta, en términos resolubles, y se obtuvo **una breve descripción del problema**, se exploraron las **soluciones intentadas** y se **reetiquetó** el llanto fácil por “sensibilidad”. También se **elogió** a la madre por preocuparse por su hija, se exploraron las **excepciones del problema**, y se **definieron objetivos concretos**. Se **utilizó una pausa** en la sesión y en el **cierre de la sesión** se elogio a la madre y a sus hijas por buscar ayuda y se les dejó la **tarea de fórmula de la primera sesión**.

Se siguió el proceso que plantea Michael White (1997) para el tratamiento de la pseudoenuresis en su libro “Guías para una terapia familiar sistémica”. Se utilizaron **preguntas de influencia relativa** identificando a los miembros de la familia como “víctimas” incapaces de controlar los sucesos ya que el síntoma los está dominando a todos; después se exploraron los problemas que la pseudoenuresis y la pseudoenuresis les han traído a cada uno de los miembros de la familia, se habló sobre los efectos que el problema ha tenido sobre su persona y sus relaciones con los demás (**influencia del problema en la vida de la persona**); el siguiente paso fueron las preguntas de influencia relativa referentes a la **influencia de la persona sobre el problema** explorando la forma en que cada uno de los miembros de la familia afecta o modifica al problema y determinando quién dominaba a quién y hasta qué punto preguntando cosas como ¿quién manda más?, ¿con cuanta frecuencia ellas se salen con la suya y con cuanta frecuencia tú eres la que decide?; con esta información se incitó a la niña a pelear contra los síntomas, cuestionándole qué era lo que ella experimentaba cuando la dominaban los mismos. También se utilizaron **preguntas directas e indirectas sobre logros aislados** para averiguar cómo se las han arreglado para afrontar tan bien la situación y para mantenerse firmes a pesar de todo; a lo largo de todas las sesiones al localizar un logro aislado también se realizaban **preguntas directas e indirectas sobre la explicación única, sobre redescrición única y sobre posibilidades únicas**.

Al **externalizar el problema** ella decidió nombrarlo “pipí y popó traicioneras”, se dibujaron los enemigos y amigos del problema así como de la niña, esto último arrojó información sobre la ayuda suplementaria para vencer al problema; se propuso un dilema preguntando ¿quién debería ser el jefe?, ¿quieres derrotarlas definitivamente y salirte siempre con la tuya o crees que es mejor dejarte vencer y que ellas te dominen a ti, a tus padres y a tus hermanas?; se planteó que no sería fácil porque la “pipí y popó traicioneras se opondrían y le darían algunos golpes bajos y por eso sería necesario que ella tuviera mucha determinación y coraje; finalmente para terminar de externalizar el problema se preguntó por la cantidad de fuerza con la que contaba para enfrentarlas.

Se incluyó a los padres para que apoyaran en el proceso. Se trabajó sobre el contexto para modificar el patrón tratando los detalles del baño como la iluminación, una decoración temporal, etc., aunque esta intervención no es propia del modelo Narrativo, White (1997) la incluye como un paso útil en los casos de pseudoencopresis y pseudoenuresis. También se maneja el tema del reflejo gastroiliaco explicando su funcionamiento (que el deseo de defecar se presenta con mayor intensidad después de 20 ó 30 min de haber comido por lo que se debe acompañar a la niña 20 min después de comer. Planeamos una rutina de accidentes y situaciones de urgencia haciendo un mapa de situaciones de urgencia y accidentes, practicando cómo llegar al baño con mayor velocidad y estableciendo qué se haría en caso de algún accidente. Finalmente se realizó la **predicción de recaídas** porque White (1997) señala que en estos casos es importante porque es probable que el niño no logre sacar el problema de su vida en una sesión.

En la sesión 3 se **identificaron acontecimientos extraordinarios** pasados, actuales y futuros, se planteó un **ritual** para crear una fortaleza en su cama para evitar la pseudoenuresis nocturna, se creó un **amuleto** que la fortaleciera en el proceso.

En las sesiones 4, 5, 6 y 7 las intervenciones utilizadas fueron valerse de **elogios** para felicitar a las clientes por los avances con las tareas, **explorar cambios** ampliándolos, subrayándolos, empoderando a las clientes por tales cambios y haciendo sistémicos los cambios en cada una de las sesiones y detectar las **excepciones del problema**, también se utilizaron **preguntas de avance rápido**, y se realizaron **intervenciones en los patrones que constituyen la queja**.

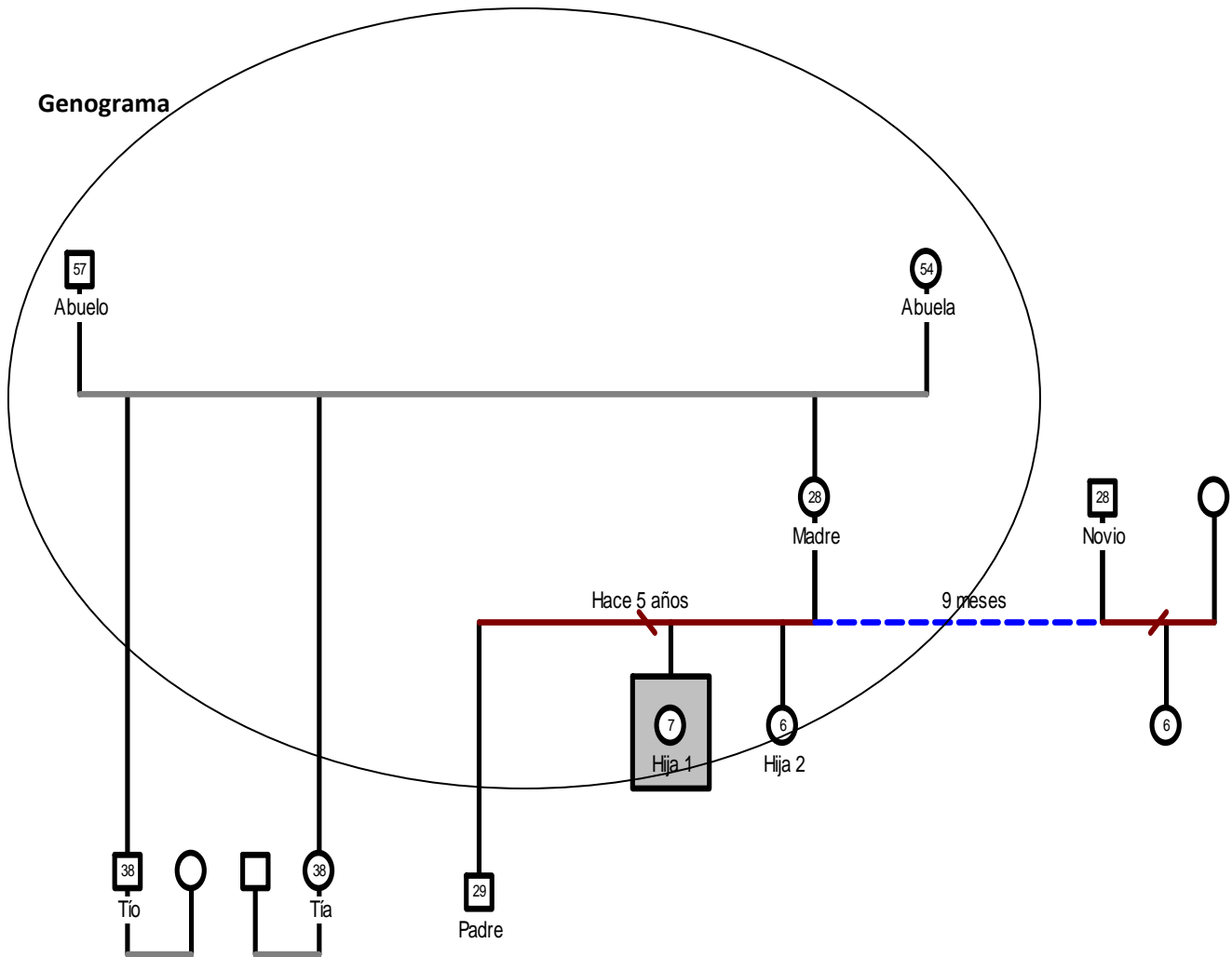
Después de un mes en el que no se presentó ni un incidente de enuresis ni encopresis se dio de alta a la familia.

Seguimiento

En el seguimiento realizado comentaron que el síntoma seguía sin presentarse y que la pequeña estaba muy contenta.

FAMILIA E

Genograma



Motivo de consulta y antecedentes del caso

El servicio lo solicitó la madre en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala porque consideraba que no podía controlar a sus hijas. En la llamada telefónica mencionó que el principal problema era con su hija de 7 años, ya que desde el preescolar era muy agresiva con su maestra y con ella, pero desde que la niña entró a la primaria comenzó a madurar y a mejorar su conducta en la escuela, tanto que las maestras llegaron a felicitarla porque trabajaba muy limpio. Sin embargo la madre seguía teniendo problemas con ella en casa, porque la niña le gritaba y la amenazaba con acusarla con sus abuelos si le impedía algo.

La madre consideraba que el comportamiento de su hija mayor se debía a que los abuelos la consentían mucho. Agregó que ella no podía decirles nada a sus propios padres ya que vivían en su casa, ellos las mantenían y las niñas eran consideradas "la vida" de sus abuelos.

El padre las abandonó cuando la niña menor nació porque lo internaron en una clínica de rehabilitación contra las adicciones (era adicto a la cocaína), cuando salió de la clínica no volvió a buscarlas.

Cuando acudieron al servicio de psicología la niña de 7 años cursaba el primer año de primaria y acudía a regularización 3 veces por semana, y la hija menor estaba en el último año de preescolar y también acudía a regularización.

Objetivo terapéutico

El objetivo que se planteó fue que la madre pudiera controlar a sus hijas en casa y al salir de paseo sin tener que llegar a pegarles, esperando que también la niña pudiera autoregularse en la escuela.

Hipótesis

Es una familia de tres generaciones, y el principal problema es una disfunción en el establecimiento de una coalición transgeneracional, en este caso la coalición se establece entre la niña mayor y su abuela, en contra de la madre. Se percibió que la madre no se encontraba en una jerarquía mayor que sus hijas, sino al contrario, la hija de 7 años se encontraba en un nivel superior al de su madre, y esta última en el mismo nivel que la otra hija. En esta familia el holón parental está formado por los abuelos, y el holón fraterno lo conforman la madre y sus hijas.

Modelo psicoterapéutico de intervención

Se empleó el Modelo Estructural (Minuchin y Fishman, 1984), ya que desde el primer contacto con la madre, se observó una estructura familiar disfuncional ya que es un sistema rígido en sus alianzas y coaliciones, los límites entre subsistemas son difusos, los miembros de la familia se ven forzados a entrar en triángulos, de manera que se desvíen los conflictos y las jerarquías son afectadas por alianzas intergeneracionales permanentes (coaliciones).

Intervenciones

Se comenzó el proceso psicoterapéutico con una **entrevista telefónica**, en la cual se estableció el **contrato terapéutico**. En la primera sesión se efectuó la **unión** del terapeuta con la familia desde una posición de liderazgo, también se llevó a cabo el **acomodamiento**, adaptándose a la organización y estilo

familiares para lograr una alianza y así poder vivenciar las pautas interaccionales del sistema como un observador participante.

Dentro de las intervenciones que se realizaron se encuentra el **cuestionamiento del síntoma** pues se **reencuadró** el problema; para ello me valí de la **escenificación** de la situación problemática en la sesión, se utilizaron los tres movimientos: **interacciones espontáneas**, **provocar interacciones** y **proponer interacciones alternativas**.

Otra técnica de reencuadre utilizada fue el **enfoque** ya que durante las sesiones el tema al que se dirigieron las mismas fue hacia la capacidad y los recursos de la madre para controlar y educar efectivamente a sus hijas. Una técnica más dentro de este mismo campo fue la de **intensidad** pues **se repitió varias veces el mensaje** de la responsabilidad de guía y protección de los padres y al tratar varias veces el tema de independizarse emocional y físicamente de la madre para conseguir establecer límites. También se utilizó la **repetición de interacciones isomórficas** al decir varias veces que la abuela cuando se enoja tiende a desquitarse con la madre, que la madre hace lo mismo desquitándose con sus hijas y la hija mayor hace lo mismo desquitándose con su hermana, “esto es como una cadenita”. Dentro del área de intensidad también se **fue cambiando la distancia** alejando a los miembros de la familia más unidos y acercando a los más alejados (geografía y constructos cognitivos).

Sobre el **cuestionamiento de la estructura (reestructuración)** se perfiló el sistema parental colocando a la madre como tal y no como hermana, también se **fijaron fronteras** entre este subsistema parental y el fraterno (Hija 1 e Hija 2), poniendo **distancia psicológica** entre la abuela y la niña mayor, y entre la madre y sus hijas. Dentro de la fijación de fronteras también se efectuó la **duración de la interacción** extendiendo el tiempo que la madre pasaba con sus hijas pidiéndole que realizara actividades diarias con ellas, como salir al parque o plaza, hacer la tarea juntas y ver televisión con ellas.

También se utilizó el **desequilibramiento** al aliarse con la madre para que se empoderara y controlara a sus hijas, al ignorar las demandas excesivas de las hijas en la sesión, también se **ignoró a algunos miembros de la familia**, a las hijas. Otra técnica que se utilizó fue la **complementariedad** pues se **cuestionó** la idea de que **el problema** pertenecía a la niña mayor, se amplió el foco del síntoma a toda la familia. También se utilizó el **cuestionamiento del control lineal** al cuestionar que la pequeña de 7 años por sí sola controlaba a todo el sistema familiar.

En las intervenciones en el ámbito del **cuestionamiento de la realidad** fueron útiles las **verdades familiares** al decirle que como es una madre muy responsable y preocupada por sus hijas ella les daría un

espacio seguro que les permitiera crecer. Y el uso del **consejo especializado** así como destacar los lados fuertes, estos últimos al enfocarnos en los aspectos positivos de cada uno de los miembros de la familia.

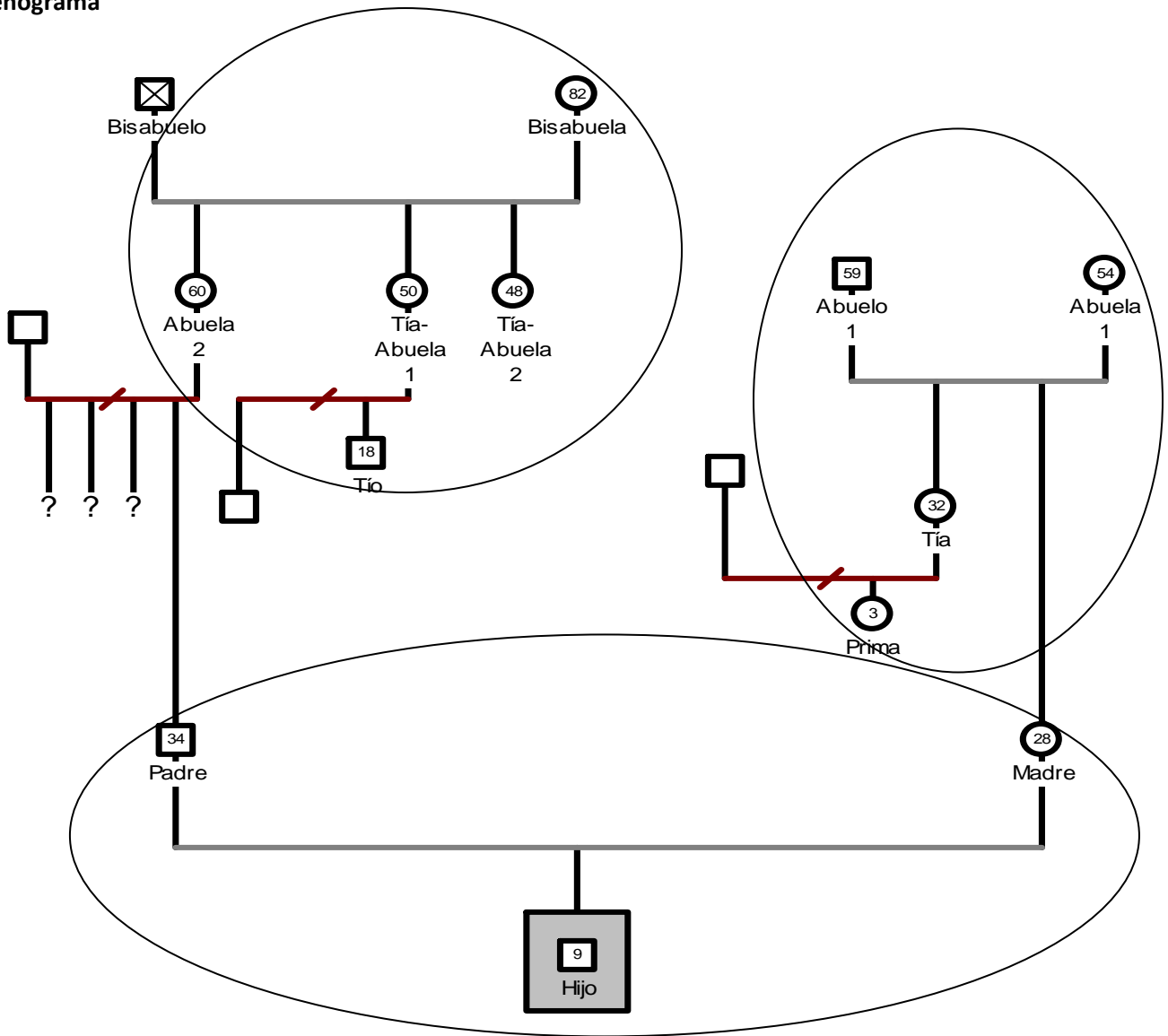
Se le dio de alta a esta familia cuando la madre logró controlar a sus hijas, lo cual se tradujo en buenas calificaciones y comportamiento correcto en la escuela, también comenzaron a salir juntas sin causar problemas y ambas hijas obedecían a su madre. Es decir la dinámica familiar se modificó.

Seguimiento

En la llamada de seguimiento la madre refirió que todas las modificaciones de la dinámica familiar realizadas durante el proceso seguían manteniéndose.

FAMILIA F

Genograma



Motivo de consulta y antecedentes del caso

La madre solicitó el servicio porque su hijo era introvertido, no socializaba, le costaba trabajo convivir con otros niños, en la escuela sus compañeros le pegaban y él no se defendía ni le avisaba a sus padres ni profesores. También comentó que el niño se había vuelto más grosero, no les contestaba cuando le preguntaban algo, estaba enojado todo el tiempo, se le olvidaba hacer las tareas, comenzó a obtener malas calificaciones y se encerraba en su recámara, la madre consideraba que esta actitud se debía a que su hijo estaba entrando a la pubertad y a que cambió de escuela. También agregó que el niño siempre había tenido

miedo de dormir solo y en la noche iba a buscar a sus papás a su recámara. Aunado a ello habían notado que el pequeño era muy agresivo con su prima de 3 años, solía golpearla y lastimarla constantemente.

Los padres trabajaban el día completo por lo que la abuela paterna iba por el niño a la escuela, después la abuela materna lo recogía de la casa de la primer abuela y a las 6 de la tarde llevaba al niño a su casa, a veces a esa hora el padre ya estaba en su casa. El horario de trabajo del padre era de 3 pm a 11 pm o de 11 pm a 7 am; y la madre regresaba a casa a las 10 pm.

Un acontecimiento importante dentro de la historia familiar fue que vivieron en Cancún 4 años y como no conocían a nadie, el niño regresaba solo de la escuela a sus 7 años, y estaba todo el día solo por lo que él debía prepararse su comida, hacer su tarea y cuidarse a sí mismo.

Los padres comentaron que su relación era inestable ya que se han separado 2 veces, la última fue 1 año antes de ir a terapia, apenas llevaban 6 meses viviendo juntos, la madre consideraba que aún no habían terminado de resolver muchas cosas.

Objetivo terapéutico

Como objetivo de terapia los padres plantearon que esperaban que su hijo fuera más sociable, que se acercara a ellos para contarles lo que le pasaba, que no siempre estuviera enojado y que no fuera agresivo ni grosero con ellos.

Hipótesis

La experiencia de constante abandono y cambio en la vida del niño había hecho que él no pudiera confiar en nadie, solamente en sí mismo, y que no pudiera adaptarse a ningún medio porque ningún contexto era constante.

Quizá estaba enojado porque no tenía ayuda de nadie y él tenía que preocuparse porque sus padres estuvieran juntos y “bien”, además de la violencia que estaba sufriendo en la escuela. Todo ello también se estaba expresando como miedos nocturnos.

Modelo psicoterapéutico de intervención

Se utilizó el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990) con toda la familia, con el niño también se usó la Terapia Narrativa (White, 1997) para trabajar con sus miedos y preocupaciones.

Intervenciones

Durante la primer sesión se realizó la **unión** del terapeuta con la familia al preguntarles si había alguna duda antes de comenzar, o si había algo que el terapeuta pudiera hacer para que se sintieran más cómodos. Después se definió el motivo de consulta, y se obtuvo **una breve descripción del problema**, se exploraron las **soluciones intentadas**, las cuales siempre se dirigían a preguntarle directamente a su hijo qué era lo que le pasaba? O qué tenía?, ante las preguntas directas siempre había una negativa del Hijo, largos silencios o simplemente respondía que "nada". También se utilizó el lenguaje de los clientes para favorecer la unión.

Se les **elogió** a ambos padres por preocuparse por su hijo y por buscar ayuda al no saber qué hacer, se exploraron las **excepciones del problema**, al principio no eran muchas pero conforme fueron avanzando las sesiones cada vez fueron más y más notorias.

También se **definieron objetivos**, los cuales siempre fueron concretos. Se **utilizó una pausa** en las sesiones y en el **cierre de la sesión** se planteó la posibilidad de trabajar media sesión con los padres y media sesión con el niño solo, ya que frente a sus padres el pequeño prácticamente no hablaba y todo el tiempo volteaba a verlos.

El uso de **elogios** se dio durante todas las sesiones siempre que aparecían habilidades y capacidades útiles para la resolución del problema. Otra intervención que se utilizó a lo largo de todas las sesiones fue el explorar las excepciones del problema y **ampliar todos los cambios** que comentaban en las sesiones.

También se hizo uso de la **tarea de fórmula de la primera sesión** con algunas modificaciones ya que a cada uno de los padres se les pidió que observaran las cosas que les gustaría que siguieran ocurriendo con el cónyuge y con su hijo. También se utilizó la **tarea genérica**.

Con el hijo para intervenir en los miedos nocturnos se utilizó la propuesta de Michael White (1997) para destruir los miedos y domar a los monstruos. Se describió la **influencia del problema en la vida del niño**, la forma en que los monstruos lo habían afectado en sus actividades normales, con sus padres, en su sueño; también se le alentó para que hiciera una **descripción** más **elaborada de los monstruos y miedos** y

que los **dibujara**, después se exploró la **influencia del niño sobre los monstruos y miedos**, ante esto solamente logró identificar dos ocasiones en que había logrado vencerlos y con eso fue suficiente para que decidiera vencerlos por completo. Se le presentó un **ritual** en el que dejaría los dibujos de los monstruos bajo llave en el consultorio, colocó el dibujo debajo de unas cajas que parecían muy pesadas en la bodega del consultorio, mientras lo hacía sus padres lo alentaban y le decían que era muy valiente por lograrlo, finalmente cerramos la puerta con llave. En la siguiente sesión comentó que los monstruos no lo habían molestado en toda la quincena y se le otorgó su **certificado de cazador de monstruos**.

Otra técnica de la Terapia Narrativa que se utilizó con el niño fueron los **cuentos** y/o las historias narradas y las escritas por él mismo, en las cuales contaba cómo un superhéroe u otros niños vencían sus problemas.

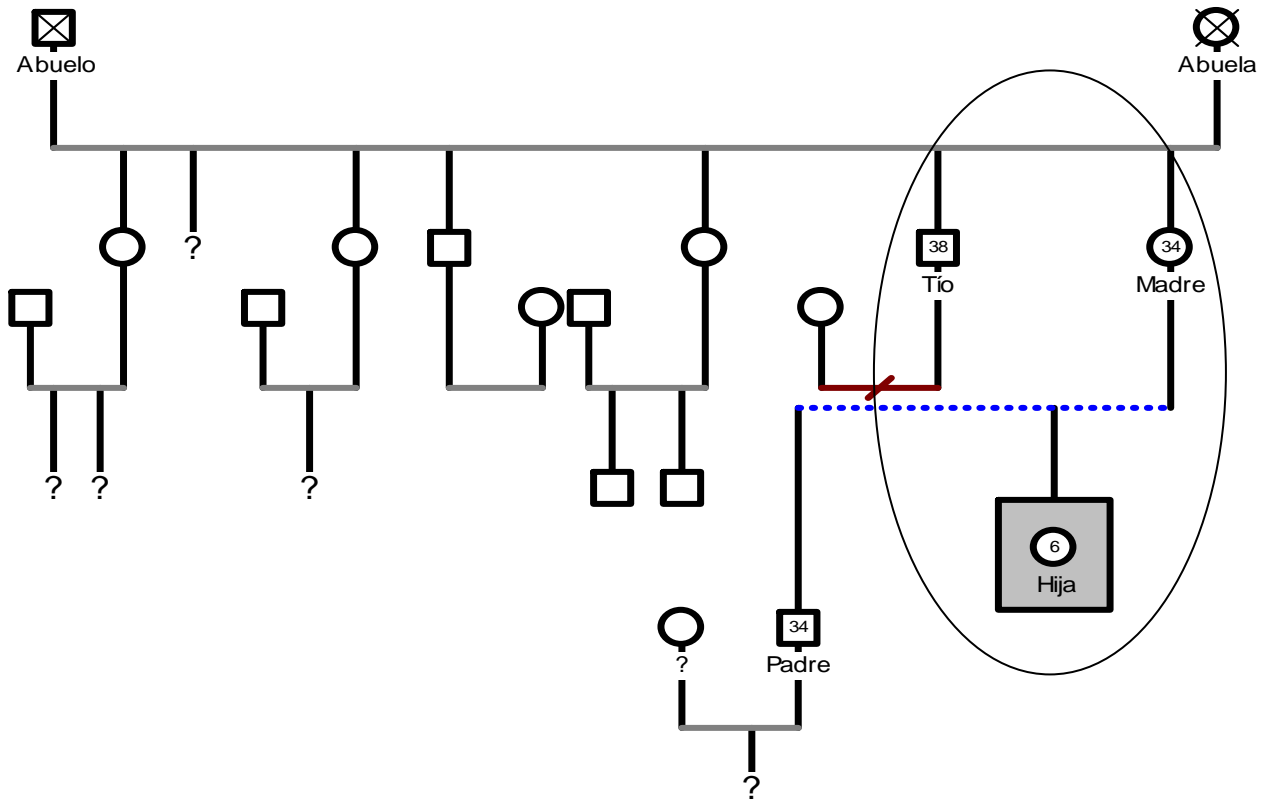
En el momento del alta el niño ya tenía muchos amigos, incluso tenía novia, había logrado vencer a los chicos que lo molestaban ayudado por sus nuevos amigos, ya era capaz de comprar solo en la tienda, dejó de pelear con su prima, comenzó a estar feliz todo el tiempo, platicaba de todo lo que le pasaba en la escuela con sus padres y abuelos, subió sus calificaciones, volvió a ser un excelente alumno y estaba planeando su fiesta de cumpleaños en grande.

Seguimiento

La madre refirió que el pequeño continuaba muy feliz, había hecho su fiesta de cumpleaños y la había disfrutado mucho, continuaba llevándose muy bien con toda su familia y podía dormir solo en la noche.

FAMILIA G

Genograma



Motivo de consulta y antecedentes del caso

La madre solicitó el apoyo terapéutico porque había tenido problemas con la educación de su hija, ya que 15 días antes de la primera sesión la niña arañó a un compañero con un lápiz cerca del ojo y la maestra la mandó llamar, en esa cita la profesora le comentó que era necesario acudir al psicólogo. La madre consideraba que la actitud de su hija se debía a que le pegaba cuando se desesperaba y a que la pequeña estuvo 8 meses sola en casa porque ella atendió al abuelo hasta que murió de un infarto.

La forma en que la madre controlaba a su hija era a través de los golpes, sin embargo en el momento en que acudieron a la terapia, ese método ya no le daba resultado, su hija le gritaba, la retaba y le mentía.

El padre de la niña nunca se ha hecho cargo de ella, la madre comentó que cuando ella se enteró de que estaba embarazada ya no mantenía ninguna relación con el padre por lo que decidió no avisarle, cuando tenía 5 meses de embarazo lo fue a buscar pero él se alejó. Hace 1 año el padre volvió a buscarlas y actualmente las visita una o dos veces al mes y les llama por teléfono.

En la segunda sesión surgió otro motivo de consulta referente a la sexualidad de la niña, la madre quería saber si su hija había sufrido algún abuso sexual pues la había encontrado varias veces “tocándose” y frotándose con algunos muñecos.

Objetivo terapéutico

El objetivo por parte del equipo era detener la violencia que ejercía la madre sobre la pequeña; para la madre fue poder controlar a su hija, que su niña obedeciera, no mintiera y no jugara de forma violenta con otros niños o adultos.

Hipótesis

La madre había aprendido que la forma de educar y tratar y a los hijos era a través de los golpes, aunque sabía que no era lo correcto no conocía otra forma de hacerlo, aunado a ello, ella tenía una gran carga por el cuidado de un enfermo (su padre) y por su propio trabajo, ante tanta presión comenzó a mirar una sola forma de controlar a su hija.

La conducta de la niña (golpear, mentir, agredir) era una reproducción de lo que aprendía en casa con el trato que le daban su madre y su tío, conforme la pequeña fue creciendo comenzó a mentir para librarse de las golpizas que le daban. Sobre la sexualidad de la hija podía tratarse de un comportamiento normativo de su edad, sin embargo era necesario descartar cualquier abuso.

Modelo psicoterapéutico de intervención

El modelo empleado fue la Terapia Narrativa (White, 1993), también al final de las sesiones se utilizó el Equipo Reflexivo (Andersen, 1994).

Intervenciones

El primer paso que se dio, por parecernos el más urgente, fue el nombrar a la violencia que estábamos viendo en la relación entre madre e hija, por tratarse de violencia no se externalizó pero se **deconstruyó** la **narrativa dominante**, la madre descubrió que trataba así a su hija porque había aprendido que esa era la forma de hacerlo pues su padre siempre le enseñó que a un hijo no se le debe consentir y que se le debe tratar con mano dura para que sea alguien en la vida, sin embargo, la madre no se sentía cómoda siguiendo esos patrones y sabía que era malo seguir así, decidió no volver a ponerle una mano encima a su niña y firmó un **documento** en el que se comprometía a ello. Se comenzó a hablar de “las enseñanzas familiares sobre cómo educar a los hijos” (**bautizo del problema**). La hija también decidió que no quería seguir con esas enseñanzas porque ella sufría mucho.

Después se exploraron los **acontecimientos extraordinarios** como el hecho de haber acudido a terapia para cambiar la historia. Para la deconstrucción de la historia dominante y el engrosamiento de las historias alternativas se utilizaron preguntas del **panorama de acción** referentes a los hechos y a todas sus acciones, y preguntas del **panorama de conciencia** sobre lo que sí o no sentían, pensaban, creían y sabían.

También se utilizaron **preguntas de influencia relativa**, se exploró cuáles eran las consecuencias del uso de la violencia para ambas (**preguntas de influencia del problema sobre la vida de las personas**), también se indagó sobre las ocasiones en que madre e hija impedían que las enseñanzas familiares (violentas) dominaran su relación (**preguntas de influencia sobre la vida del problema**) y con ello surgieron momentos muy placenteros que habían vivido juntas. Conforme fueron avanzando las sesiones fueron apareciendo cada vez más **logros aislados**, los cuales también se exploraron a profundidad a través de las **preguntas relativas a la explicación única**, también se utilizaron **preguntas relativas a la redescrición única** las cuales ayudaron a que madre e hija detectaran nuevas cualidades en ellas y a que cambiaran la imagen que tenían de ellas mismas y de la otra. Las **preguntas sobre posibilidades únicas** las ayudaron a especular sobre su futuro como madre e hija, lograron visualizarse muy unidas y confiando la una en la otra en todo, apoyándose mutuamente.

Durante todas las sesiones se utilizó **lenguaje externalizante** para favorecer la separación del problema de la identidad de ambas.

Para la madre fue muy importante recordar a su propia madre y pensar en lo que ella le diría, lo que le aconsejaría y las enseñanzas que le daría (**remembranza**).

Para tratar el tema de la sexualidad con la niña de forma natural se utilizó un **coterapeuta sin título**, era un oso de peluche. Otra técnica de la Terapia Narrativa que se utilizó con la niña fueron los **cuentos** en los cuales se contaba como un niño tenía problemas si mentía y cómo solucionaba sus problemas.

Al final de las sesiones se trabajó con un **equipo reflexivo** en el que los miembros comentaban aspectos que les habían parecido importantes, hacían preguntas o planteaban dudas que pudieran propiciar nuevas historias y/o la cocreación de nuevas narrativas.

Conforme fueron pasando las sesiones la madre fue atreviéndose a probar nuevas formas de educar a su hija y poco a poco fueron funcionando, la niña comenzó a obedecer, dejó de mentir, y en las últimas sesiones la pequeña había sido premiada por su maestra por ser la “alumna más calmada e inteligente”. Al final de la terapia la madre y su hija compartían más actividades placenteras y conversaban sobre temas que a la pequeña le interesaban (amigos, clases, tareas, sexualidad, autocuidado).

3.1.3. *Análisis y discusión del tema*

DOS MIRADAS EN TERAPIA FAMILIAR: LA FAMILIA CON NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Desde una perspectiva sistémica la familia se considera un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (Andolfi, 1991). A continuación hago un análisis de dos modelos de Terapia Familiar en el trabajo en familias con niños en edad escolar; los modelos son el Estructural y la Terapia Narrativa.

Tradicionalmente, a los niños y a sus padres los han atendido diferentes terapeutas en distintos entornos o instituciones, a los menores los evalúan especialistas en niños, y los problemas de los padres los evalúan profesionales con experiencia en salud mental de adultos (Gil, 2005). Con el pensamiento sistémico aplicado a la familia ha habido un cambio en la filosofía básica de estos programas, ya que dicho pensamiento considera los problemas del niño como producto de interacciones continuas, y no mero reflejo de algo que viene de adentro (Wachtel, 1997). Los terapeutas familiares sistémicos sostienen que la conducta de un individuo nunca puede ser considerada aislada en sí y sin referencia alguna a la conducta y actitudes de los demás miembros de la familia (Campion, 1987). Sin embargo, algunos autores como Gil (2005) consideran que los programas formativos parecen perpetuar la separación entre el trabajo con niños y sus familias al insistir en las distinciones entre la formación en terapia infantil, por una parte, y en terapia familiar, por la otra.

Aunque una de las fuentes originarias de la práctica de la terapia familiar sistémica estuvo en las terapias con niños, en su evolución se ha observado una paradoja: hay inquietud porque los niños han sido “dejados de lado”. Las posibles explicaciones de esta paradoja, en lo que respecta a los terapeutas, se ordenan en dos importantes carencias de formación: el estudio del desarrollo infantil (la falta de una teoría del desarrollo) y el entrenamiento en técnicas de terapia infantil (Carrasco, 2003). Esto se corrobora con la idea de que muchos terapeutas familiares se sienten mal equipados para trabajar con niños pequeños aunque reconozcan la importancia de ese trabajo (Wachtel, 1997).

Andolfi (2001, en Carrasco, 2002) considera que dentro de la terapia familiar sistémica se ha optado por desinteresarse del niño y ocuparse sólo de protegerlo, evitando darle voz y espacio en la terapia y trabajando únicamente con la parte adulta de la familia. Por ello es necesario que como terapeutas familiares sistémicos recuperemos el trabajo con los niños y rescatemos las estrategias que tenemos a la mano para tratarlos.

Un terapeuta familiar, para trabajar con niños, debe saber acerca de la terapia familiar y de sus fundamentos, para lo cual es necesario que haya recorrido las rutas teóricas que van desde la familia como “unidad emocional” y el modelo sistémico-cibernético, hasta los desarrollos que partieron con la cibernética de segundo orden, llegando a la narrativa y a la construcción social del significado, así como las prácticas que se han desarrollado junto a estos fundamentos (Rosselot y Carrasco, 1997), además de conocer una teoría, es necesario contar con un saber práctico producto del entrenamiento sistemático y de la práctica supervisada (Carrasco, 2003).

Según Freeman, Epston y Lohvits (2001), uno de los desafíos que tenemos como terapeutas de familia es encontrar formas de motivar y estimular a los niños ante los problemas con que se enfrentan, ante lo cual nos preguntamos ¿cómo se pueden implicar completamente niños y adultos en la terapia familiar? ¿cómo invitamos a los niños a que aporten sus ganas de jugar, su imaginación y su inventiva ante problemas graves?. Espero que el análisis siguiente contribuya, un poco, en la respuesta de tales preguntas.

El Desarrollo del Niño

Desde los 6 hasta los 12 años, el niño se encuentra en una etapa de transición entre la primera infancia y la adolescencia. A lo largo de estos años, la vida del niño se va haciendo más compleja: se produce una progresiva apertura al mundo, marcada por el ingreso a la escuela primaria, un aumento de las exigencias a las que está expuesto, una cierta independencia y una mejor aceptación de las responsabilidades depositadas en él. El niño deja de estar tan centrado en sus propios sentimientos y en sus funciones corporales y comienza a interesarse por el mundo que lo rodea y las tareas intelectuales. Va dándose cuenta de que es una persona diferente de los demás y se abre hacia el mundo exterior tratando de saber cuál es su lugar en él. Siente la necesidad de ser reconocido como persona, a la vez que se siente más dueño de sí mismo. En estos años comienza a preguntarse quién es, y va sintiéndose único y diferente (Capdevila, 2007).

Se observa un crecimiento emocional y un desarrollo de sus habilidades intelectuales que se traducen en una mayor capacidad de abstracción así como en una curiosidad desbordante. El poder unir e integrar conceptos, relacionar y diferenciar categorías así como generar una comprensión temporal del

mundo alimenta sus nuevas ansias por aprender. Paralelamente se produce un aumento de la capacidad de concentración, de la memoria y de la autonomía. Todo ello le permite incorporar nuevos conocimientos y elaborar una visión propia del mundo (Tarragó, 2007).

El niño aprende a expresar con palabras sus sentimientos, pensamientos y deseos, aumenta su capacidad de expresión verbal así como su habilidad para escuchar. Aprende a argumentar y empieza a cuestionarlo todo, lo que puede llevarlo a ser un tanto insistente, suelen preguntar el significado, el origen y la relación que intuyen que tienen las cosas. Comienzan a ser capaces de aceptar mejor sus frustraciones y de esperar ver cumplidos sus deseos, lo cual indica que son más capaces de controlar sus emociones; es más capaz de aceptar la realidad y tolerar mejor lo que no le gusta de ella, aprende, poco a poco, a aceptar las normas que regulan las relaciones sociales. El controlar sus fuertes emociones permite que su mente quede libre para aprender, estudiar y observar el mundo que le rodea.

El ingreso a la escuela primaria produce un cambio en la relación que mantiene con sus padres, se le exige que sea más independiente al satisfacer sus necesidades. Al mismo tiempo, tiende a separarse progresivamente de sus padres y del hogar a medida que asume un mayor número de responsabilidades, esto no implica que deje de depender emocional y físicamente de éstos aunque el desarrollo de su sentimiento de independencia puede llevarlo, en algunas ocasiones, a desobedecerlos (Montaner, 2007).

Sus amigos irán adquiriendo mayor protagonismo y él sentirá que necesita contar también con su aprobación. En efecto, el niño se va identificando con un grupo diferente al que forma su familia, dentro del cual sentirá que necesita hacerse un lugar.

En esta etapa algunas dificultades pueden ser la ansiedad que produce crecer, a veces se expresa mediante comportamientos del niño que parecen de menor edad, ante ello los padres deberán seguir dando ánimo y apoyando a sus hijos aunque se den cuenta de que van aprendiendo a valerse por ellos mismos y que ellos, los padres, van resultando menos imprescindibles en sus intereses. Otra dificultad es que como parte de su proceso de maduración, en estas edades les gusta separar el ámbito familiar del escolar. Suelen ser reservados acerca de la vida que llevan fuera de casa hasta llegar a ocultar las dificultades que puedan tener.

En general, esta etapa supone para el niño renunciar a sus sentimientos de omnipotencia, aceptar progresivamente los límites personales, empezar a tener en cuenta el cuidado y el respeto del otro, aprender a expresar sus sentimientos, contener sus emociones, desarrollar sus habilidades intelectuales y llevar a cabo sus deseos de autonomía.

La **familia**, y fundamentalmente los **padres**, son la estructura social en la que se desarrolla la vida del niño. Es el lugar donde éste aprende a establecer relaciones y en el que madura emocionalmente, ya que en él encuentra un ambiente de continuidad, seguridad y confianza. Es tarea de los padres hablar con su hijo, cuidarlo, consolarlo, quererlo y educarlo, pero también marcarle límites, transmitirle la necesidad de orden y enseñarle normas de convivencia. Si los padres son acogedores, el niño podrá expresar abiertamente lo que le sucede, sintiéndose aceptado y seguro. Dentro de la familia, los **abuelos** generalmente son una ayuda pues colaboran con los padres en el cuidado de los niños, normalmente, reaccionan con más flexibilidad ante la manera de ser de sus nietos (Capdevila, 2007).

El Trabajo con los Padres

Muchas familias canalizadas a terapia familiar o que buscan voluntariamente terapia son familias en las que hay niños de corta edad, que tienen diferentes edades y cursan por distintas etapas del desarrollo: lactantes, niños pequeños, preescolares, preadolescentes y adolescentes. Algunos padres buscan la terapia familiar porque quieren servicios para su familia como unidad, con la expectativa y la esperanza de recibir orientación y consejo “en vivo” sobre cómo mejorar su situación familiar. Otros padres esperan que los terapeutas “arreglen” a sus niños y expresan su escepticismo ante la posibilidad de que en la terapia se vea a todos los miembros de la familia; sin embargo, en su mayoría, suelen seguir el consejo de los clínicos y quizá estén dispuestos a someterse o se muestren renuentes a participar en sesiones con toda la familia (Gil, 2005).

Para tratar a los niños es necesario trabajar con los padres, éstos contribuyen decisivamente a la construcción del mundo interno y a la comprensión de la realidad circundante del niño; además de ellos depende que hayan consultado y que se pueda llevar a término el tratamiento. De su apoyo correcto al niño depende la buena evolución y la superación de las crisis evolutivas normales. Su colaboración con el profesional determinará la buena marcha y los resultados de la intervención terapéutica.

El esfuerzo del terapeuta en crear una relación de alianza y colaboración con los padres debe ir más allá de ser empáticos y no culpabilizarlos; debe comprender sus motivaciones y sufrimientos como padres y

la decepción en la que se hallan sumergidos al encontrarse que algo ha fallado en su empeño. Para los padres llevar a su hijo a terapia puede ser, al mismo tiempo un alivio y una frustración.

Tal como explica Garcia-Milà (2005) nuestra labor con los padres parte de una queja o en relación a la evolución o conductas de sus hijos; les ayudamos a valorar que sí en ellos mismos se produce un cambio positivo en su manera de observar, comprender y tratarles, con mucha posibilidad se promoverá un cambio también en sus hijos.

En la terapia puede ocurrir que los padres consideren que su hijo debe tener sesiones independientes a las de ellos, algunos de sus argumentos para ello pueden ser: que no quieren perder autoridad frente a su hijo si en las sesiones se muestran sus debilidades; que no deben involucrarlo en sus conflictos; que les preocupa que su hijo se haga demasiado consciente de sus problemas y eso lo perjudique; que no desean que su hijo escuche sus preocupaciones, o secretos familiares que puedan afectarlo; para que el niño pueda comunicarse libremente (Carrasco, 2002). Puede ocurrir que el terapeuta coincida con los padres en el argumento de que el niño se expresará mejor sin la presencia de éstos. *En el caso de la Familia F, cuando estaban los padres presentes el niño solamente respondía con monosílabos como "sí", "no", "bien" y "nada", sin embargo cuando no estaban sus padres presentes platicaba de manera fluida, contaba historias y mantenía diálogos con la terapeuta.*

A veces, con los padres, en un proceso terapéutico resulta útil comentarles que ninguna familia carece de problemas y pocos niños están totalmente libres de ellos a lo largo de su niñez y adolescencia. En todas las familias, los diferentes miembros están influyendo continuamente a otros miembros de la familia, para bien o para mal, y son influidos a su vez por ellos. Cada familia tiene sus momentos de estrés, algunos pasan rápidamente, mientras que otros dejan su marca en algunos o en todos los miembros de ella. Los niños crecen y cambian, y los padres tienen que ser también capaces de crecer y de cambiar, y de adaptarse al continuo cambio de las necesidades de sus hijos (Campion, 1987). Otras veces basta con que uno como terapeuta lo tenga presente.

La Relación entre el Niño y el Terapeuta

La relación que el terapeuta establece con el niño es lo que conduce la tarea terapéutica, se busca darle seguridad y facilitar al niño el irse orientando en su mundo. Teniendo en cuenta la edad de los niños que tratamos y su nivel evolutivo, nuestra actitud y nuestras acciones son a menudo más explicativas que nuestras palabras, no nos podemos situar en un plano de observador pasivo, sino que nuestra manera de relacionarnos ha de partir de la interacción.

Tarragó (2007) dice que a través de nuestra relación debemos ofrecerle al niño un espacio en el que se sienta cómodo, seguro, para que tenga la certeza de que puede actuar y comunicarse con espontaneidad; no esperamos nada concreto de él, sin embargo dentro del marco terapéutico hay límites, no dejaremos que el niño se haga daño ni nos haga daño, tampoco permitiremos que destruya el espacio físico. A medida que se va consolidando la relación entre el terapeuta y el niño, y se establece una buena comunicación entre ambos, se podrán ir trabajando los objetivos del tratamiento.

Un aspecto central de la tarea terapéutica es el **reconocimiento del niño como sujeto**, como un ser individual que tiene algo para expresar independientemente de sus padres. Para el niño puede significar un alivio sentir que tiene un interlocutor ante sus padres, ello permite que los padres conozcan mejor a su hijo y amplíen el diálogo afectivo con él (Carrasco, 2002). En el caso de la *Familia E*, *la madre al no poder controlar a su hija mayor siempre le gritaba y la amenazaba si no obedecía, ante lo que su hija no respondía y continuaba comportándose como la madre no quería, cuando en la sesión -como terapeuta- le pregunté ¿cómo le gustaría que su madre le pidiera las cosas para que ella obedeciera?, me contestó que “con amabilidad, sin gritos y por favor”, a partir de que la madre escuchó eso comenzó a tratarla de esa forma y la hija comenzó a obedecer; a la madre nunca se le había ocurrido preguntarle a su propia hija cómo quería ser tratada, por ello fue necesario que la terapeuta fungiera como interlocutor entre madre e hija, solo así la madre pudo escuchar lo que la hija quería decirle.*

Es necesario que el niño, en la relación terapéutica, **descubra que hay un adulto realmente interesado en lo que él piensa** sobre los temas que se están tratando, y que su opinión será tomada en cuenta para buscar soluciones. Para conseguirlo el terapeuta tiene que demostrarlo conversando con el niño, dándole a entender que no es necesario que estén de acuerdo, y que acogerá bien cualquier opinión diferente desde el comienzo de la conversación. Algunas cosas que facilitarían este proceso es averiguar qué es lo que el niño disfruta, para qué es bueno, y sus opiniones sobre aspectos personales. Para invitar al niño a comentar, confirmar o refutar lo que dice el terapeuta es aconsejable que se le pida su opinión (¿Tú

crees que es (esto) o (esto otro?), cuando se le plantean alternativas binarias en forma de pregunta el niño puede aceptar una de las opciones o rechazar ambas y ofrecer su propia alternativa (Cooklin, 2001).

Análisis de dos modelos terapéuticos familiares sistémicos en el trabajo con niños

Analizaré los principios y estrategias del Modelo Estructural y de la Terapia Narrativa que me fueron útiles en los casos de familias con niños en edad escolar atendidos durante mis prácticas supervisadas.

MODELO ESTRUCTURAL (FAMILIA E)

Con las familias con niños que atendí parecía que las demandas eran muchas y al escucharlas resultaba difícil integrarlas para comenzar a trabajar, ante tal situación considero que el efectuar un **diagnóstico interaccional**, acorde con lo propuesto por Minuchin, permite delinear y perfilar el proceso terapéutico. Las áreas a evaluar son: 1. Estructura familiar, pautas transaccionales preferibles y las alternativas disponibles; 2. Flexibilidad del sistema y capacidad de reestructuración; 3. Resonancia del sistema familiar, sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros de la familia; 4. Contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y de estrés; 5. Estadio del desarrollo de la familia; y 6. Formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas de la familia.

Para este diagnóstico es importante tomar en cuenta que Minuchin (1984) considera que **el niño responde a las tensiones que afectan a la familia**, varios autores consideran que los problemas de los niños suelen estar ligados a algún conflicto entre miembros adultos de su familia; con frecuencia vemos que el niño forma parte de una interacción triangular en la que el estrés entre adultos se desvía o se expresa a través de los problemas del niño. En este sentido varios tipos de sistemas triádicos son posibles, Haley (1977) menciona el triangulo perverso, en donde uno de los adultos, en conflicto encubierto, trata sutilmente de obtener el apoyo del niño para enfrentar al otro adulto. También puede ocurrir que una

pareja use a su hijo para que le ayude a “negar” (o desviar) su conflicto, Minuchin denomina “desviadora” a este tipo de tríada. En otras situaciones el niño se sacrifica a fin de evitar la desintegración del matrimonio de sus padres, este rol del “niño abnegado” (Wachtel, 1997), es más bien activo, “perturbador” por “amor” a la familia y por lealtad hacia los padres.

Otra situación que se da es la *parentificación*, para I. Boszormenyi-Nagy (1983), es una inversión de los roles padres-hijos, temporal o continua y le sigue a una distorsión en la relación entre ambos padres, en la cual uno de ellos pone al hijo en posición de padre o de sustituto conyugal. Un niño así puede devenir en padre o madre de sus propios padres. La parentificación puede ser un proceso normal de transmisión de los roles parentales y de regulación de las tensiones transgeneracionales y es necesaria para el crecimiento emocional del niño, permitiéndole identificarse a roles futuros de responsabilidad, siempre y cuando sea transitoria y no comprenda el rol de sustituto conyugal. Cuando se torna en un modo habitual y prevalente de relación, la parentificación deviene en un proceso patológico y la explotación del niño por sus padres puede entonces conducir a perturbaciones psicopatológicas que impedirán la maduración adecuada del niño.

Otro concepto importante es que el niño puede ser inducido a actuar aspectos no reconocidos del Self de un progenitor, como receptáculo de proyecciones (Ackerman, 1966), o desempeñar el rol de familiares con quienes éste tiene asuntos pendientes. Es también necesario señalar que el niño puede formar parte de una trama de patrones de interacción de efectos devastadores para el niño mismo, como en aquellos Juegos relacionales que comprenden el maltrato, donde puede jugar roles como el de “chivo expiatorio”, “de abogado defensor” (con sus riesgos), “el patito feo” o de “canal” en que el mensaje es dirigido a la abuela o al otro padre.

Cuando como terapeutas estamos atentos para detectar cualquiera de las pautas transaccionales anteriores entre padres e hijos podemos marcar la línea de trabajo a seguir y hacer uso de las técnicas terapéuticas necesarias para modificar tales pautas.

En el caso de la familia atendida con este modelo terapéutico, la hija mayor (Hija 1) conformaba un triángulo perverso (Haley, 1977) junto con su madre y su abuela, la abuela hacía todo por obtener el apoyo de la niña en contra de la madre ya que la abuela reprobaba la conducta “adolescente” que tenía la madre, para conseguir el apoyo de la niña, la abuela la consentía, la defendía ante cualquier regaño, le compraba todo lo que quisiera y jugaba con ella; la niña comenzó a desobedecer a su madre, a enojarse con ella, regañarla cuando quería salir con amigos, y a comportarse agresivamente contra ella (insultos verbales, golpes, gritos, rasguños). Conforme la

madre fue perdiendo jerarquía frente a su hija fue sintiéndose menos capaz de ser madre, aunque sabía que su propia madre (Abuela) estaba haciendo todo para que la niña la atacara no se atrevía a enfrentarla para resolver el problema.

Una estrategia útil en el diagnóstico es poner **atención a los microprocesos** de la sesión (las pautas de la relación) esto es importante, ya que permite percibir si en un modo de relacionarse con un niño en sesión se están replicando pautas de la relación padres-hijo (Carrasco, 2003).

Por ejemplo, la niña mentía durante la sesión y cuando me daba cuenta de que mentía ella volvía a mentir para tapar esa mentira, cuando le pregunté a su madre si esa conducta era repetitiva contestó que sí y que así era con todos los adultos; comencé a preguntarme qué razones tenía la niña para relacionarse mintiendo con los adultos y por qué su madre no hacía nada para aclararme las mentiras aunque ella conocía la verdad. En la siguiente sesión salió a la luz que la niña mentía porque tenía miedo de que su madre la golpeará ya que enojada la había amenazado con golpearla tan fuerte que la mandaría al hospital y no iría por ella; la madre sabía que esa era la razón por la que la niña mentía y por eso no hacía nada por aclararme las mentiras.

Durante las sesiones el **relato de los padres** da cuenta de la visión particular de cada uno de ellos, lo que a su vez **revela las pautas de la relación parental**. La presencia del hijo también hace que éste tenga su propia voz y se haga parte de una tarea colectiva de construir una perspectiva del proceso sintomático (Carrasco, 2002).

En cuanto a la **coparticipación** del terapeuta es importante que los miembros de la familia sepan que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos, que se sientan seguros para ensayar alternativas y cambiar, en el caso de las familias con niños los padres, generalmente, se muestran desconfiados y recelosos en el trato que un desconocido (el terapeuta) pueda darle a su hijo, por eso es muy importante que se realicen maniobras de unión hasta que ambos padres se relajen.

Al finalizar la primera sesión, después de haberles dado el mensaje del equipo y dejarles una tarea, el padre subió el tono de voz y preguntó “Bueno y ustedes ¿qué son? ¿por qué están dando terapia aquí? ¿son pasantes o qué son?. Justificó su pregunta “porque uno no lleva a su hijo con cualquier médico, uno lleva a su hijo con un buen médico, uno que te hayan recomendado o uno que te haya dado buen resultado, y para mí con los psicólogos debe ser igual”. Ante esa reacción del padre primero le dije quiénes éramos y qué hacíamos ahí y después le expliqué que los resultados del tratamiento psicológico no

ocurrían con la misma velocidad que en el tratamiento médico, y le pregunté que cuál sería un indicador para él de que el proceso que llevábamos iba por buen camino. Su respuesta fue preguntarle a su esposa e hijo y ambos dijeron que ellos sí estaban dispuestos a probar porque les había gustado mucho esa primera sesión.

El terapeuta puede hacerse copartícipe de la familia desde diferentes **posiciones de proximidad**, con los niños es muy útil la **posición de cercanía**, en los primeros momentos, esta posición puede lograrse estando físicamente cerca del niño, poniéndose a su altura, quizá jugando en el suelo junto con él o arrodillándose para hablar con el niño, buscando y reconociendo los aspectos positivos del niño, al hacer esto el terapeuta se convierte en fuente de autoestima por lo que incrementa su capacidad de maniobra (Minuchin y Fishman, 1984).

Así mismo en las prácticas supervisadas con este modelo fue muy útil el reencuadre mediante la **escenificación**, en sus tres tiempos.

*Durante una sesión la hija mayor comenzó a hablar muy fuerte mientras la madre hablaba conmigo y a pedirle algo para comer, la madre intentó controlarla con frases como “guarda silencio” “quedamos que te ibas a portar bien” “ya cállate” y ambas aumentaban el volumen de voz muy rápidamente; ante tal situación pregunté “¿siempre es así?, ¿ésta es la forma en que ustedes dos se relacionan todo el tiempo?”, la madre respondió que la niña siempre comenzaba de esa forma y cómo ella no la podía controlar gritaba o le pegaba, ante eso la hija se ponía agresiva y también le pegaba y la amenazaba con acusarla con su abuela, en caso de que la hija menor estuviera presente también comenzaba a gritar y a desobedecer a su madre. Por esta forma en que se relacionaban la madre había decidido no volver a salir sola con sus hijas porque no podía controlarlas (**primer movimiento: iluminación de interacciones espontáneas**).*

*Después le pregunté a la madre si le parecía agradable que las niñas no nos dejaran seguir hablando, me respondió que no, que le gustaría que las niñas bajaran el tono de voz; así que le pedí que se los ordenara, cuando la madre lo ordenó lo hizo gritando muy fuerte y las niñas comenzaron a reírse, la hija mayor le dijo que se callara y que la iba a acusar con su abuela en cuanto regresaran a casa, la madre se acercó a la hija mayor con una sonrisa en la cara y gritando la sentó con fuerza en la silla, la hija mayor la pateó y ambas niñas continuaron riéndose (**segundo movimiento: provocar interacciones**).*

*Le pregunté a la madre si le parecía que las niñas entenderían que ella hablaba en serio si les gritaba mientras reía, y ella me respondió que no pero que no sabía cómo hacerlo, que si reía era porque estaba desesperada; pregunté que cómo pensaba ella que podría mostrarse firme con las niñas, me contestó que quizá si no gritara pero hablara fuerte y sin reír; le respondí que yo solamente le agregaría mirarlas a los ojos, entonces la madre se levantó de su silla se paro frente a las niñas y mirándolas a los ojos les ordenó con fuerza pero sin gritar que se sentaran, las niñas se quedaron calladas pero no se movieron, entonces la madre volvió a repetir la orden pero tomando a cada una de un brazo y empujándolas ligeramente hacia la silla y ambas niñas se sentaron (**tercer movimiento: interacciones alternativas**).*

En este caso la técnica de escenificación fue muy útil porque le permitió a la madre darse cuenta de que sí podía controlar a sus hijas, le ayudó a probar nuevas alternativas para hacerlo y terminó sintiéndose muy satisfecha de haberlo logrado. A partir de esa sesión las niñas no volvieron a comportarse tan mal durante las sesiones y en caso de que alguna lo hiciera, la madre podía controlarlas. En sesiones subsecuentes la señora mencionó que en casa esa forma de ordenarles también estaba dando resultado.

Otra técnica de reencuadre utilizada que dio buenos resultados fue el **enfoque**:

La señora llegó a una sesión hablando de que sus hijas eran un desastre, de que ella era realmente una mala madre porque no podía con ellas, que además la hija mayor ya estaba dando problemas en la escuela y ya no la soportaba, que en el trabajo nada estaba saliendo bien porque se había peleado con su socia y que había peleado con su madre porque esta le dijo que se comportaba como una adolescente irresponsable. Comencé a explorar qué era lo que había pasado y resultó que se había peleado con su madre (Abuela) porque había salido a tomar un helado y en la discusión su madre le había enlistado todos los problemas, comencé a preguntar cómo habían estado las cosas con sus hijas en la semana y resultó que no había tenido problemas con ellas y que su relación estaba mejor que nunca. Entonces me enfoqué a hablar con las tres sobre cómo había estado la relación entre ellas, en sus logros como madre y en su crecimiento en esa área, durante la sesión estuvieron muy contentas y participativas, al final de la sesión la madre comentó que no había notado cómo había cambiado su papel de madre y las hijas dijeron que ahora su mamá se portaba como mamá.

Una técnica más dentro de este mismo campo fue la de **intensidad**, esta es muy útil cuando se detecta que los miembros de la familia no escuchan un mensaje que resulta de suma importancia para el proceso terapéutico, en estos casos el terapeuta necesita hacer que la familia “oiga” y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia (Minuchin y Fishman, 1984).

*Con esta familia era necesario que madre e hijas recibieran el mensaje de cuál es la tarea de los padres para alentarlas a experimentar nuevas modalidades de relación, por ello me valí de la **repetición del mensaje** de que los padres tienen la responsabilidad de guiar y proteger a sus hijos y para ello requieren independizarse emocional y físicamente de sus propios padres, deben ser independientes y educar por sí mismos a sus hijos; se habló de esto durante toda la sesión para dejar claro que era un tema importantísimo. Después de tal intervención la madre consiguió un trabajo de medio tiempo, se encargó de los cuidados de sus hijas (lavar su ropa, prepararles su comida, bañarlas y hacer con ellas sus tareas) actividades que antes realizaba la abuela, y sus hijas dejaron de pasarse el día en casa de sus abuelos y comenzaron a convivir más con su mamá.*

*Con el mismo propósito utilicé la **repetición de interacciones isomórficas**, al decir varias veces que la abuela cuando se enojaba tendía a desquitarse con su hija, que la madre hacía lo mismo desquitándose con sus hijas, y la niña mayor hacía lo mismo desquitándose con su hermana, “esto es como una cadenita”. Para ello me valí de varios ejemplos que ellas habían contado, por ejemplo cuando la abuela se peleaba con su hermano iba a visitar a su hija y se peleaba muy fuerte con ella, sí eso pasaba la madre comenzaba a gritarles a sus hijas sin ningún motivo aparente y finalmente la niña mayor le gritaba y peleaba con su hermana. Para que esto ocurriera no era necesario que alguna tuviera un problema muy fuerte, bastaba una pequeña diferencia con cualquier persona. Con ésta técnica la hija mayor me dijo que ella sabía que así eran las cosas en su familia y que ella le gritaba a su hermana porque se sentía enojada de que le gritaran a ella, cuando su madre escuchó esto comenzó a llorar y comentó que estaría al pendiente de esa forma de actuar para no volver a hacerlo, ambas hijas dijeron lo mismo.*

Asimismo **fue cambiando la distancia** alejando a los miembros de la familia más unidos y acercando a los más alejados, con esta técnica se buscaba distanciar física y psicológicamente a la madre de sus hijas para colocarla en un nivel jerárquico diferente y conseguir integrar el holón fraterno. Para ello durante las sesiones se modificó la geografía, en una sesión *las hijas se sentaron separadas de su mamá porque la*

interrumpían constantemente al hablar y contestaban por ella, también se sentó a la señora entre ambas niñas para que pudiera controlarl a ambas estando cerca de las dos.

Sobre el **cuestionamiento de la estructura (reestructuración)**, para poder lograrlo es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder que las reglas de los holones ejercen sobre el desarrollo de los miembros de la familia. Debe entender que las familias funcionales son sistemas complejos constituidos por un gran número de partes que interactúan de una manera complicada. Estas partes, u holones familiares, están interrelacionadas en un orden jerárquico. Y, como en todos los sistemas complejos, las uniones intracomponente son más fuertes que las uniones intercomponente. Esto es, las interacciones entre los miembros de un holon son más fuertes que las que ligan a los holones entre sí (Minuchin y Fishman, 1984). La reestructuración es cuestionar la estructura de la familia que está en sesión, es cuestionar el “así se hacen las cosas”.

Entre las técnicas de reestructuración entra la de **fijación de fronteras**, que permitió perfilar el sistema parental colocando a la madre como tal y no como hermana, y se integró el subsistema fraterno uniendo a ambas niñas. Se puso **distancia psicológica** entre la abuela y la niña mayor, y entre la madre y sus hijas.

Lo que se hizo fue que durante las sesiones cuando se hablaba con la madre sobre la abuela, la hija mayor contestaba como si ella fuera la abuela, así que se le preguntó “¿cuántos años dices que tienes? Suenas como si tú misma fueras la abuela, me parece que tienes unos noventa años”, después de esto la niña se mostró un poco molesta, me dijo que ella era una niña y no una abuela y dejó de opinar como si fuera la abuela y de defenderla.

Otra intervención con esta técnica fue parar a la hija mayor en una silla para mostrarle a la madre cómo su hija tenía mayor jerarquía que ella. Aunque la madre se ponía de pie no podía alcanzarla. Se le dijo a la madre que una niña de 6 años era mucho más alta que ella y que no podía alcanzarla, se le preguntó que si realmente no era ella mayor y tenía más experiencia, y si no podía ella controlar y educar a una niña de 6 años. Finalmente la madre comentó que si ella era mayor seguramente podía controlar a una niña.

Con el mismo objetivo de marcar límites claros, se le dejó de tarea a la niña de 7 años que cuando su madre le hablara mal de su abuela ella podía decirle “mamá yo quiero mucho a mi abuela y no quiero escuchar que hables mal de ella”, y cuando su abuela le

hablara mal de su madre podía decirle “abuela yo quiero mucho a mi mamá y no quiero escuchar que hables mal de ella”. La tarea le gustó mucho a la niña y la llevó a cabo, el resultado fue que su madre y abuela dejaron de hablar mal.

Como un recurso más para demarcar subsistemas y separarlos más allá de las sesiones, se utilizó la **duración de la interacción**, para ello es útil dejarle a la familia tareas que apoyen el proceso iniciado en las sesiones (Minuchin y Fishman, 1984). *En el caso se extendió el tiempo que la madre pasaba con sus hijas pidiéndole que realizara actividades diarias con ellas como salir al parque o plaza, hacer la tarea juntas y ver televisión.*

Para el **desequilibrio** el terapeuta hace uso de su nivel jerárquico superior al de todos los miembros de la familia.

*En el proceso narrado se utilizó la **alianza alternante**, por momentos era necesario aliarse con la madre, apoyándola y diciéndole que ella tenía razón en que las circunstancias en su casa eran complicadas, y otras veces era útil aliarse con las niñas sobre las presiones que tenían encima ya que su madre les pedía que le mintieran a su abuela y ésta les pedía que le dijeran la verdad.*

El mantener una posición de liderazgo en las sesiones con niños puede resultar muy útil cuando el terapeuta se alía con ellos porque sienten un gran respaldo para poder expresar lo que les está molestando de sus padres, por ejemplo:

Me alié con la hija mayor, al preguntarle cómo le gustaría que su madre le pidiera las cosas de tal forma que ella obedeciera todo lo que le decía, la niña me contestó que le gustaría ser tratada con amabilidad, voz baja y pidiendo las cosas por favor, para fortalecer esa alianza le dejé de tarea a la madre que probara con la petición de la niña esa quincena, cuando regresaron la siguiente sesión madre e hija contaron que esa forma de solicitar las cosas sí había dado resultado.

Cuando los niños suelen estar muy inquietos durante la sesión puede funcionar la técnica de **ignorar a miembros de la familia**, con ella se les puede ignorar mientras interrumpen o hablan. *En algunas sesiones se hizo esto con las pequeñas y, aunque al principio se comportaron peor, después comenzaron a bajar el volumen de su voz y cesaron las interrupciones en la conversación.*

La **complementariedad** es útil para ayudar a los miembros de la familia a que experimenten su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual.

Se **questionó** la idea de que **el problema** pertenecía únicamente a la pequeña de 7 años, se amplió el foco del síntoma a toda la familia. En la primera sesión la madre llegó diciendo que el problema era la hija mayor, simplemente respondí “no esté tan segura de eso, vamos a ver que resulta”, también utilicé preguntas dirigidas a la niña como “¿tu mamá hace algo que te ayuda a enojarte tanto? O alguien te ayuda para portarte mal?”. También se utilizó el **questionamiento del control lineal** al señalar que la niña por sí sola controlaba a todo el sistema familiar ¿cómo le hará una niña de 7 años para lograrlo?

Las intervenciones en el ámbito del **questionamiento de la realidad (consolidación)** se dirigen a cambiar la visión del mundo de la familia, dicho cambio será seguido por un cambio en la estructura de la familia. Cuando acude a la terapia, la familia presenta sólo su percepción restringida de la realidad, el terapeuta ofrecerá a la familia una realidad diferente (Minuchin y Fishman, 1984).

*Hacia las últimas sesiones del proceso, se utilizaron las **verdades familiares** al decirle a la madre que como ya era una madre muy responsable y preocupada por sus hijas ella les daría un espacio seguro que les permitiera crecer. La madre comenzó a buscar un departamento para vivir ella con sus hijas y dejar la casa de los abuelos. También se efectuó el **consejo especializado**, al decirle a la señora que había visto en otros casos en los que después de que los padres lograban controlar a sus hijos en las sesiones clínicas les era mucho más sencillo hacerlo en casa. El consejo especializado la ayudó para que tuviera confianza para creer que podría controlar a sus hijas.*

Con los niños resulta útil resaltar sus **lados fuertes**, aún más si no solamente los reconoce el terapeuta sino sus propios padres. Con la hija mayor de la Familia E se hizo uso de dicha técnica.

TERAPIA NARRATIVA (FAMILIAS C, G y F)

Cuando pensamos en problemas vienen imágenes desalentadoras y agobiantes, seguramente por eso consideremos que lo pertinente es tratarlos de forma seria, sin embargo desde esta perspectiva se preguntan si el tratarlos de esa forma no estará fomentando el problema (Freeman, Epston y Lobovits,

2001). Con los niños puede resultar preferible interactuar de forma divertida y tratar los problemas con humor, ya que la conversación seria puede dificultar la comunicación con los niños e inhibir sus conocimientos y recursos creativos. Es importante considerar **la risa y el humor** pues tienen cualidades curativas y la mayor parte de las familias con dificultades están llenas de experiencias de desilusión, tensión o tristeza. Si a los miembros de la familia les resulta difícil reír y disfrutarse, los esfuerzos clínicos pueden alentar una exploración de experiencias pasadas felices, la imaginación de otras deseables, y una práctica capaz de automatizar una atención cada vez mayor en este aspecto a menudo descuidado de la vida y las relaciones humanas (Gil, 2005). Esto se puede alcanzar utilizando un lenguaje desenfadado cuando la familia lo permita y riendo junto con ellos ante las pequeñas bromas y chistes, no ofensivos, que puedan surgir en las sesiones.

Durante la primera sesión de un proceso terapéutico con niños es muy común que los padres comiencen hablando de todos los problemas que tiene o les da su hijo, en algunos casos toda la sesión se va en la narración de los padres de esas historias saturadas del problema. Para evitar esto resulta útil pedirle a los padres y al niño permiso para comenzar **conociendo al niño al margen del problema**, es decir, escuchando sus habilidades, sus intereses, sus conocimientos y sus características. Esto ayuda a crear un ambiente de confianza para el niño y brinda las bases para construir la historia alternativa. Es necesario que tampoco se ignoren las preocupaciones de la familia así que la sugerencia es que después de escuchar los aspectos positivos del niño se regrese a hablar del problema pero con lenguaje externalizante.

Con la Familia F, cuando llegaron a la primera sesión, después de presentarnos ambos padres comenzaron a hablar de todos los problemas de su hijo, que era agresivo con todos, demasiado callado, no contestaba a nadie cuando le preguntaban algo, no socializaba, le daba miedo dormir solo, le estaban pegando en la escuela, etc., mientras los padres hablaban de esto el niño estuvo sentado con los brazos cruzados y mirando hacia el piso sin emitir ningún sonido. Les pregunté que si antes de que siguiéramos con ese tema que me parecía muy importante, me permitían conocer a su hijo, ambos padres me dijeron que sí, así que comenzamos a hablar sobre los gustos y habilidades del niño, cuando sus padres hablaron sobre eso él se animó, levantó el rostro y comentó algunas cosas. Después volvimos a hablar de todas las dificultades de su hijo y de lo preocupados que estaban por eso.

Generalmente cuando a los niños se les pregunta ¿por qué has hecho esto?, ¿qué te ocurre? o ¿de qué tienes miedo?, responden “no sé” o se quedan mudos, para evitar eso los terapeutas narrativos sugieren el uso del **lenguaje externalizante** (White, 1997), éste se basa en la idea de que “*el problema es el*

*problema, la persona no es el problema”, esta práctica resulta una forma divertida de motivar a los niños a enfrentarse con las dificultades y reducirlas (Freeman, Epston y Lobovits, 2001). En la terapia al **personificar al problema** y volverlo un personaje que se sitúa fuera del niño, se va creando una metáfora en una conversación externalizante que crea un espacio de observación y da libertad para examinar y crear nuevas respuestas y ensayar nuevas alternativas (White, 1997 y Campillo, 2007)*

El manejo lingüístico separando al problema del niño (**lenguaje externalizante**), hablando como si éste fuera una entidad aparte permite que el niño pueda asumir una posición de observador de sus propios procesos de vida, de las acciones y relaciones que mantienen al problema y con las que puede oponerse y mantener influencia sobre la vida del problema, lo coloca cara a cara con el problema. El niño se libera de las descripciones de sí mismo basadas en los problemas, se fomenta que busque en su experiencia otras maneras de ver la realidad y de explicarse lo que puede lograr y la manera en la que esos logros redefinen el concepto de sí mismo y así ir generando historias alternativas. Permite que el niño pueda salirse del rótulo que lo identifica (flojo, distraído, sucio, miedoso, agresivo, latoso, grosero, tonto), mitiga la culpa que pueda experimentar, y ayuda a que descubra maneras en las que ha podido más que el problema y cuáles formas de manejar su vida propician y controlan la existencia del problema (**preguntas de influencia de la persona en la vida del problema**). Cuando el niño comienza a plantearse al problema fuera de él, es más fácil que vea cómo este interfiere en su vida (**preguntas de influencia del problema en la vida de la persona**) y cómo él también hace cosas para controlarlo, ahí se identifican los **acontecimientos extraordinarios**, estos ayudan a descubrir la experiencia no relatada.

En la Terapia Narrativa con niños es indispensable que el terapeuta sienta **curiosidad e interés** por los mundos que pueda plantear el niño, ello requiere que utilice su imaginación. La curiosidad se expresa mediante preguntas, es preferible que el terapeuta no realice afirmaciones que puedan sonar a dictámenes mientras trabaja con un niño. Las preguntas están diseñadas para que el niño reflexione sobre cómo ha emprendido caminos nuevos y cómo ha llegado al destino que deseaba mediante sus pensamientos y acciones. Debemos considerar que durante la terapia frente a los niños tenemos autoridad como adultos y como terapeutas por eso es fácil que dirijamos la conversación, sin embargo debemos ajustarnos a la experiencia del niño y emplear en nuestras preguntas todos los detalles que sea posible que nos dé el niño (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

En el caso de la Familia C, la hija de 6 años tenía síntomas de enuresis y encopresis, todos los días se presentaba alguna de las dos o ambas, cuando comencé a utilizar el lenguaje externalizante con ella para hablar sobre el problema su madre me miraba con cierta extrañeza, sin embargo cuando su hija comenzó a explicarme todo sobre “la pipí y la

popó traicioneras” que la acechaban también comenzó a manejar el lenguaje igual que yo. Algunos ejemplos de preguntas con lenguaje externalizante utilizadas en este caso fueron:

¿Cómo son la pipí y la popó traicioneras?

¿Dónde están? ¿En qué lugar están más seguido? ¿Cuál es su lugar preferido para estar?

¿Cómo te meten en problemas la pipí y la popó traicioneras? Con tus papás, hermanas, maestra, amigos?

¿Qué cosas no te deja hacer la pipí y la popó traicioneras?

¿Te dicen algo cuando consiguen ganarte?

¿Qué les ayuda a la pipí y a la popó traicioneras para ganarte?

¿Cómo consiguen tomarte desprevenida?

Cuéntame de alguna vez en la que la pipí y la popó traicioneras estuvieran a punto de tomarte por sorpresa pero no lo lograron ¿Recuerdas alguna vez?

¿Cómo lograste ganarles ese día?

¿Cómo conseguiste ponerlas en la taza y que se fueran por el caño?

¿Qué fue útil para ganarles? ¿Alguien te ayudó?

¿Qué fue lo que hiciste para conseguir mantener a raya a la pipí y a la popó traicioneras en la escuela? ¿Y en tu casa?

¿Te dices algo a ti misma para que la pipí y la popó traicioneras no te ganen?

¿Podrías dibujar lo que te ha ayudado a ponerlas en su sitio?

Ahora que lograste mantener a raya a la pipí y a la popó traicioneras durante 10 días seguidos ¿qué crees que pase la próxima quincena? ¿Cuál será tu siguiente paso?

¿Cómo vas a ser ahora en la escuela para que no te tomen por sorpresa? ¿Y en la casa?

¿Cómo será ahora mientras duermes?

Ahora que conseguiste vencerlas ¿alguien en casa o en la escuela te ha dicho algo? ¿Qué te han dicho? ¿Cómo te sientes por haberlo logrado?

La **identificación de los logros aislados o acontecimientos extraordinarios** tiene gran importancia en el proceso de re-edición de la nueva historia, de la **historia alternativa**, debido a que su identificación amplía la competencia del niño sobre el control del problema; además rompe la explicación negativa (**historia saturada del problema**) y permite crear nuevos significados cuando el niño identifica la diferencia que hace ese logro y el por qué es importante ese conocimiento para sí mismo.

Con la Familia F comenzaron a surgir acontecimientos extraordinarios con mucha rapidez. Los padres, sobre todo la madre, llegaban sesión con sesión narrando a detalle cada uno de esos acontecimientos y lo emocionados que se sentían de ver cómo su hijo avanzaba y salía de las dificultades.

Durante la **conversación externalizante** puede surgir, al pedirle al niño que nombre al problema para **bautizarlo**, la idea de dibujarlo, el nombre que el niño le dé al problema es una **metáfora**, la selección de esta para la terapia proviene del niño, de los contenidos relatados en la conversación externalizante, en la cual se narró la historia saturada del problema y se identificaron los acontecimientos extraordinarios. Si el niño tiene dificultades para pensar en alguna metáfora adecuada, les podemos ofrecer algunas que otros niños hayan usado (Freeman, Epston y Lobovits, 2001). Las metáforas a menudo permiten que los miembros de la familia expongan información, a la que no se tendría acceso o que estaría constreñida por el lenguaje (Gil, 2005). Para comenzar a buscar con el niño la metáfora adecuada puede ser útil reflexionar con él sobre cómo se relaciona con él el problema, si lo atrapa o lo engaña, o lo limita, etc.

Con la Familia C, la niña no sabía qué nombre darle a la pipí y a la popó así que comencé por preguntarle qué era lo que esta pipí y popó hacían con ella, al darle algunos adjetivos ella dijo que la traicionaban, y por eso las llamó "traicioneras" porque cuando menos se las esperaba aparecían y la metían en problemas.

Otra forma de tratar el problema externalizándolo es por medio de los dibujos, en el caso de los miedos y monstruos puede facilitar que el niño hable de ellos si los dibuja. Con algunos niños el proceso mismo de hablar puede ser terapéutico, cuando ellos tienen la oportunidad de identificar, nombrar y articular los problemas que enfrentan, es probable que estas preocupaciones sean más fáciles de enfrentar y abordar que cuando no han sido identificadas ni expresadas, los temores verbalizados generan menos ansiedad en los niños que los miedos "sin nombre" (Cooklin, 2001). No solo se pueden dibujar los problemas, también son útiles los dibujos de los aliados de los niños en contra del problema.

El niño de la Familia F no quería dormir solo porque le daba miedo, sus padres no sabían a qué le temía y pensaban que era necesario enfrentarlo a ese miedo, razón por la que lo

regañaban para que se durmiera solo en su habitación, esto no funcionaba porque el niño regresaba en la madrugada a la recámara de sus padres y finalmente se dormía con ellos. Cuando le pregunté por qué no quería dormir solo, me respondió que no le gustaba, entonces comencé a hablarle de que algunos niños no podían dormir solos porque algunos monstruos les impedían quedarse solos en sus habitaciones con la luz apagada, también le conté que los monstruos solían ser muy tramposos porque de día no se aparecían pero siempre llegaban cuando los niños ya estaban listos para dormir y comenzaban a molestarlos. Después de hablar de eso él me contó que en su habitación había 5 monstruos que le impedían dormir tranquilo, realicé varias preguntas sobre las características de esos monstruos y otras de influencia relativa, pero el niño no me dio mucha información así que le pregunté si podría dibujarlos, a lo que accedió. Cuando terminó de dibujar los monstruos pudo contestar todas las preguntas que le había hecho sobre la influencia de los monstruos en su vida y viceversa. Con los dibujos de los monstruos se le ocurrió que podríamos encerrarlos bajo llave, le sugerí que los dejáramos en la bodega del consultorio, me dijo que tendría que revisarla, así que le mostré la bodega y le pareció un buen lugar. Finalmente colocó el dibujo debajo de unas cajas pesadas y cerramos la bodega con llave. A partir de esa noche él pudo dormir solo en su habitación.

Los niños narran sus vidas a través de **historias**, en ellas revelan sus preocupaciones y estilos de superación. Conviene pedir a los padres que busquen en su propia vida episodios demostrativos de conflictos como los que preocupan al niño. A la mayoría de los niños les encanta escuchar **anécdotas de la vida de sus padres**, al menos cuando las relatan como lecciones prácticas o para mostrar cuánto más fácil es la vida para ellos. Cuando los padres cuentan historias que revelan sentimientos y conflictos auténticos, cautivan a sus hijos de manera impresionante. Las historias de la vida real que encarnan los sentimientos reprimidos o prohibidos del niño son eficacísimas, en especial con los niños mayores.

Cuando un progenitor le cuenta una historia a un niño como un medio de cambiar conductas problema, tal actividad en sí implica ciertos cambios en la familia. Ahora el hijo recibe atención de una manera diferente e inhabitual. Quizás el progenitor le narre la historia por la mañana temprano o durante una comida, lo que modifica la pauta de interacciones familiares para esos momentos. Con frecuencia, los padres quedan sorprendidos y complacidos ante el interés que manifiesta el hijo cuando le hablan de sus propias experiencias (Wachtel, 1997).

En la Familia F, el niño era maltratado por algunos de sus compañeros en la escuela, los padres estaban muy preocupados porque él no se los contaba y tampoco se defendía, se habían enterado de ello por un amigo de su hijo. Se le preguntó al padre si él no había tenido que enfrentar alguna vez una situación similar y recordó que sí cuando se encontraba en la secundaria. Durante esa quincena el padre le contó a su hijo su experiencia y cómo lo había resuelto gracias a la ayuda de unos amigos y a que le habían comprado unas botas que lo hacían sentir seguro. A la siguiente sesión el niño se presentó con unas botas nuevas y con la noticia de que tenía más amigos en el salón.

Para trabajar esta misma situación se utilizó la creación de una historieta, en la que el niño redactaría las experiencias que habían surgido en las sesiones y con un superhéroe del que él había hablado. En el juego se generan conocimientos alternativos, utilizando la creatividad y la libertad. La historia creada brinda historias alternativas posibles y le permite al niño explorar la historia del personaje con sus propios conocimientos de referencia, lo que le permite recordar o innovar maneras de oponerse a la influencia del problema (Campillo, 2007).

El niño de la Familia F, escribió una historieta que tituló “El increíble X con botas” (la X corresponde al nombre del niño). En la historia narraba cómo varios niños molestaban en la escuela a otro niño y cómo este logró ponerlos en su lugar. Después de que el niño escribió la historieta llevó a cabo las soluciones que planteaba en su historia, tiempo después los padres se enteraron que ya no lo molestaban en la escuela.

Algunas de las preguntas con lenguaje externalizante que se aplicaron en la creación de la historieta fueron:

¿De qué trata la historieta?

¿Quién es el personaje principal de la historieta? ¿Cómo se llama?

¿Qué dificultades tiene el personaje? ¿Tiene algunos problemas? ¿Cuáles?

¿Cuando los otros chicos le pegan, lo empujan y le quitan su almuerzo en la escuela cómo se siente el personaje?

¿Qué ha intentado hacer para impedir que lo molesten en la escuela? ¿Algo de eso le ha funcionado? ¿Qué es lo que le ha funcionado? ¿Cómo se dio cuenta de que hablar con su profesora, decirles que lo dejaran en paz y buscar más amigos lo ayudarían?

¿Cómo se siente el personaje ahora que ya no permite que lo molesten?

¿Por qué es importante para el personaje saber que puede hacer las cosas que ha hecho?

¿Qué habilidades ha descubierto que tiene el personaje? ¿Y esas habilidades qué le dicen de sí mismo?

Ahora que el personaje está logrando hacer eso ¿cuál crees que sería el siguiente paso?

¿Qué le gustaría lograr? ¿Qué sueños tiene ahora?

Otra práctica que suele ser bien recibida por los niños es el uso de **cuentos**, les gustan aunque con diferentes argumentos según las edades. A los más pequeños les gustan cuentos de animales que hablan y tienen sentimientos humanos, los más grandes prefieren historias en las que hay un grupo de niños que escapa de la dominación adulta y corren aventuras y se valen por sí mismos sin estar bajo la supervisión de ninguna persona mayor. En los casos de los que he estado hablando utilicé varios, a manera de ejemplo:

En la Familia G la niña mentía constantemente y la madre no sabía qué hacer para evitarlo, así que durante una sesión le conté el cuento de “Pedro y el Lobo”, la niña ya lo había escuchado y me ayudó a contar el final del cuento. Cuando terminamos de contar el cuento me dijo “¿estás diciéndome que si sigo mintiendo me va a pasar lo mismo que a Pedrito? Entonces debo dejar de mentir para que los demás no dejen de creer en mí”. Al parecer fue una buena intervención porque la niña, poco a poco, dejó de mentir.

El uso de **coterapeutas sin título**, según Freeman, Epston y Lobovits (2001), resulta eficaz ya que los niños son amigos de compañeros de juegos no humanos (mascotas, peluches o amigos imaginarios), muchas veces para ellos es más fácil hablar a través de esos amigos o con ellos en lugar de con otra persona. En la terapia se puede recurrir a esos amigos como coterapeutas para que apoyen al terapeuta y animen la conversación.

Una de las preocupaciones de la madre de la Familia G era que su hija hubiera sufrido algún tipo de abuso porque en algunas ocasiones había encontrado a la niña frotándose los genitales con algún peluche o imitando posiciones sexuales con sus juguetes, su preocupación aumentaba porque meses atrás había dejado sola a la niña mucho tiempo o al cuidado de otras personas porque su padre (Abuelo) había sido internado y ella lo cuidaba. Era necesario explorar ese tema y descartar cualquier tipo de abuso, para ello me valí de un oso de peluche que la niña me había regalado, así que la entrevista la realizamos entre el oso y yo, eso facilitó que la niña hablara sobre su sexualidad frente a su madre con más naturalidad.

En general las estrategias narrativas parecen juegos, razón por la que resultan muy útiles en el trabajo con niños; la mayoría de los niños prefiere el **juego** a la conversación; pero algunos, de ocho o nueve años, o aun más pequeños, expresan sus sentimientos con bastante claridad, parecen dispuestos a hablar de sí mismos en una charla, y hasta se diría que ansían hacerlo (Wachtel, 1997). En los casos que llevé todos los niños estaban dispuestos a imaginar y aunque sí eran capaces de hablar de sus emociones de forma directa, cuando se referían a las dificultades preferían hacerlo mediante dibujos o metáforas.

En la terapia con niños resulta benéfico **que los padres participen** en las conversaciones sobre el problema y las soluciones con lenguaje externalizante. Algunos roles que los padres pueden asumir son:

- Actuar de conspiradores con su hijo, espiando o enfrentándose al problema. *Con la Familia C, la madre comenzó a espiar junto con su hija a “la pipí y la popó traicioneras” para descubrir cuáles eran todas sus artimañas y encontrar formas de contrarrestar su ataque.*
- Proporcionar detalles y ejemplos que desarrollan relatos prometedores o excepciones a historias saturadas del problema. *En la Familia F, los padres a cada sesión llegaban contando todos los logros que su hijo había tenido durante la quincena.*
- Forman un público que escucha la nueva historia del niño, corroboran que la conducta de éste ha cambiado y celebran con él este cambio. *En la Familia G, en las últimas sesiones la niña llegó diciendo que ahora en la escuela la profesora la había premiado por haber sido la alumna más tranquila e inteligente de ese día, cuando la niña lo contó, la madre se emocionó muchísimo, la felicitó y agregó que realmente su hija había cambiado mucho.*

Otra sugerencia es que se tome en cuenta el **contexto sociocultural de los relatos** que narran las personas en terapia, sugieren que se le siga la pista al contexto social en el que se produce un problema, para evitar la ingenuidad de suponer que el problema se basa exclusivamente en el individuo o la familia, cuando hay en juego otros factores.

En la Familia G, la madre hablaba frecuentemente de que ella era una mala madre porque su hija tenía un mal comportamiento (era berrinchuda, la retaba, no obedecía, le mentía), le pregunté que si alguien le había dicho eso alguna vez, la respuesta fue que como era madre soltera, desde su embarazo, toda su familia le decía que nunca podría educar bien a una niña porque los niños necesitan un padre para crecer bien; después comentó que ella había visto madres solteras y que todas decían que era muy complicado. En la conversación la madre reconoció que la relación entre ella y su hija estaba mejorando mucho pero que eso que le decía toda su familia la hacía creer por

momentos que nunca lo lograría. Algunas sesiones después su hija le dijo en sesión que era la mejor mamá del mundo.

Una idea cultural con la que suelen cargar los padres es que ellos son responsables de los problemas emocionales de sus hijos. Como resultado de interiorizar estas convicciones, muchos padres dicen que se sienten culpables cuando sus hijos sufren. Estas ideas pueden externalizarse y criticarse para reducir los efectos de la culpa. *En los casos F y G las madres comentaban sentirse muy culpables por lo que estaban pasando sus hijos, cuando se externalizó esa culpa pudieron mirar con mayor facilidad los avances de sus hijos.*

Aspectos que el Terapeuta debe considerar en la Terapia con Niños independientemente del modelo terapéutico que utilice

- Cuando **la sesión se organiza en torno a los síntomas del niño** se refleja la valoración que los padres hacen de las conductas sintomáticas, del sufrimiento o de los riesgos para el niño en un determinado contexto. Puede ocurrir que ante las señales del niño, uno de los padres esté muy preocupado y le atribuya un significado inquietante, mientras que el otro minimice y diga que “todo se le va a pasar”, esto ocurrió *durante la primer sesión con la Familia F, la madre se percibía muy preocupada por el comportamiento de su hijo, mientras que el padre consideraba que todo era parte de la niñez.* Naturalmente esta valoración de los padres no sólo no es objetiva: esta mediada por sus propias visiones, afectos y conflictos; en el ejemplo citado, *la madre estaba muy preocupada porque se consideraba una mala madre ya que lo había “abandonado” al cuidado de otros o a su propio cuidado por dedicarse a su crecimiento profesional; el padre se consideraba “buen padre” y estaba seguro de que todo lo que había hecho era por el bien de su hijo.*
- Un terapeuta debe **conocer el desarrollo infantil**, este conocimiento aporta el marco evolutivo en que transcurre una terapia familiar en la cual participan niños, permite definir, perfilar y evaluar el problema que constituye el motivo de una consulta centrado en un niño, las modalidades de

comunicación de los niños de diferentes edades y las intervenciones apropiadas para esas edades, las que deben ser congruentes con los procesos de desarrollo en curso (Carrasco, 2003).

Por ejemplo, en la Familia G, como ya se mencionó, a la madre le preocupaba que su hija hubiera sufrido algún tipo de abuso sexual por ciertas conductas de la niña, la pequeña tenía 6 años y de acuerdo con el desarrollo sexual infantil su comportamiento correspondía a su edad.

- Un terapeuta familiar debe **saber relacionarse con niños**, para formar una buena alianza terapéutica con los padres esa relación terapeuta-niño es crucial (Carrasco, 2003).
- En la terapia familiar con niños las **modalidades de comunicación** están definidas por la edad mínima de los que están presentes en ella. Un niño “sabe” que está en terapia, sabe que la relación es diferente a otras, que los padres hablan, sienten y se comportan de otra manera, que en algún momento ciertos temas son destacados y otros omitidos. Registra el clima emocional (Carrasco, 2003). En el caso de *la Familia G, la niña comenzó a decir la verdad porque sabía que estaba en un lugar seguro y que podía confiar en nosotros, ella comentó “sé que en terapia siempre se tiene que decir la verdad”*. En los casos de *las Familias F y G, se tuvieron sesiones individuales con los niños y sesiones con los padres, cuando los niños estaban sin sus padres preguntaban cosas como “¿mi mamá lloró?” o “¿mis padres te contaron que ayer estuvieron enojados?” o “¿hablaron de lo bien que me he portado?”*. Algunas preguntas que se pueden hacer son: ¿te explicaron por qué vienen aquí?, ¿qué te dijeron que pasaría?, ¿quién te lo dijo?; también es importante que durante el proceso se les pregunten cosas como: ¿entiendes lo que están diciendo tus papás?, ¿está bien que hablemos de lo que estamos hablando?

Los puentes lingüísticos entre el adulto y el niño deben adaptarse a la fase evolutiva de éste. Si las preguntas del adulto son demasiado generales o abstractas, el niño no siempre conectará con ellas. Es evidente que necesitamos prestar atención a los relatos individuales en diferentes niveles evolutivos y ser conscientes de que son muchas las pruebas que demuestran que existen diferencias importantes en la forma de pensar, saber y comprender de los niños, y que éstos no son sencillamente unos adultos ignorantes o sin experiencia (Gabarino, Scott y otros, 1992). Son necesarios sensibilidad y respeto para apreciar la variedad de narraciones de los pequeños, que no siempre son verbales y a menudo emplean otras formas de expresión. Si sintonizamos con su

capacidad cognitiva, el niño nos proporcionará la retroalimentación al responder de forma verbal y no verbal a nuestra conversación, al conectar con nuestras ideas y preguntas con sus propias ideas.

- El terapeuta debe saber **cuándo una terapia con la familia no es suficiente** para el abordaje de un determinado problema del desarrollo infantil o cuando el problema planteado incluye conductas sintomáticas que requieren otro tipo de intervenciones alternativas o complementarias. Ante estos dilemas el terapeuta puede proponer una interconsulta; también debe saber que el proceso diagnóstico no es neutro desde el punto de vista relacional, puesto que el diagnóstico “pasa a ser un elemento mediador que, incorporado en el sistema, condiciona expectativas, valoraciones y actitudes” (Carrasco, 1997).

En la Familia C, la niña de 6 años había sido diagnosticada por un médico general con enuresis y encopresis, se consideró necesario solicitar una interconsulta médica para que le realizaran exámenes y descartar cualquier problema físico, los resultados de tales exámenes mostraron que la niña estaba completamente sana. En esta familia, la hija de 18 años había sido diagnosticada a sus 5 años de edad con enuresis, ella había sido tratada en un psiquiátrico y los síntomas habían remitido después de 3 años de terapia farmacológica y conductual; por esta experiencia, cuando la familia recibió el diagnóstico de la tercer hija consideraron que el tratamiento psicológico era un mero trámite para que llegaran a la consulta psiquiátrica, aún así acudieron a terapia para ver si podíamos ayudarlos; su expectativa era que el tratamiento durara unos tres años y también incluyera fármacos, el médico solamente le recetó algo para disminuir el olor desagradable de las heces fecales. En este caso la familia estaba acostumbrada a seguir las indicaciones de los profesionales, ya lo habían hecho años atrás con su segunda hija, lo cual favoreció que se adhirieran al tratamiento y cooperaran en todo.

- Sobre la **distribución de las sesiones**, con frecuencia vale la pena ver primero a la familia entera para hacer un planteamiento, muy breve, del problema del niño, y que la sesión individual se efectúe a continuación, seguida de otra reunión con el niño y los padres, ya sea el mismo día o alrededor de una semana después (Campion, 1987).

CONCLUSIONES

Uno de los desafíos que se nos plantea a los terapeutas de familia es encontrar formas de motivar y estimular a los niños ante los problemas que enfrentan, cómo hacer para que se comprometan con la terapia y trabajen junto con los adultos, quizá también nos preguntamos cómo utilizar los recursos y habilidades de los pequeños a favor del proceso terapéutico (Freeman, Epston y Lobovits 2001).

En mi experiencia todo Terapeuta Familiar requiere desarrollar o adquirir herramientas que le permitan trabajar con niños, ya que un gran porcentaje de la población que solicita apoyo psicológico lo hace porque considera que sus hijos están atravesando por algún problema o porque no sabe cómo relacionarse con ellos. Los terapeutas familiares al escuchar cuál es la dificultad por la que está pasando la familia, considerará que lo mejor es trabajar con los padres o con los adultos de la familia porque no sabrá cómo acercarse a los niños, sin embargo yo pude percatarme que si se deja de lado a los pequeños y se enfoca uno en el trabajo con los adultos que asisten a la sesión, el enganche terapéutico será más complicado. El trabajar con los niños, junto con todo el sistema familiar, les demuestra a los padres que se les está escuchando, además de que nos permite la entrada al sistema familiar completo. Esto ocurre porque las familias latinas tienen en alta estima a los niños, y si uno como terapeuta consigue acercarse al pequeño, ser considerado por el mismo y ayudarlo a cambiar, beneficia la percepción que la familia tenga de nosotros.

Es muy probable que después de que se haya resuelto la dificultad del hijo (demanda inicial) salgan a la luz otras dificultades dentro de la familia, y es factible que la familia o los miembros interesados, opten por continuar un proceso terapéutico, siempre y cuando se sientan satisfechos con el resultado del proceso psicoterapéutico.

Para que un terapeuta sepa qué hacer con los pequeños durante las sesiones, primero, es necesario que tenga una noción sobre cuál es su desarrollo para así saber cuáles son las cosas que les preocupan, qué situaciones están viviendo, y lo más importante cuál es su desarrollo mental para tener idea de cómo hablarles y qué actividades pueden parecerles atractivas para poder establecer rapport. El estudiar sobre el desarrollo infantil es parte de nuestra responsabilidad como profesionales en este ámbito.

Otro aspecto igual de relevante es que el terapeuta cuente con una formación teórico-práctica sólida sobre los Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, porque este bagaje le dará la guía a seguir durante las sesiones y le permitirá idear estrategias de intervención eficaces.

Con lo que yo pude ver en los casos atendidos, pienso que un punto muy importante con los niños son los momentos iniciales del proceso, porque es ahí en donde se define el espacio de confianza y seguridad que necesitan para poder trabajar sus dificultades. Es esencial tomar en cuenta que el niño, cuando va a sus primeras sesiones, aún no sabe qué es eso de la psicología o la terapia ni qué es lo que le harán, aunque se lo hayamos explicado, pero en la mayoría de los casos va dispuesto a dejar entrar, más temprano o más tarde, a ese sujeto que le dice será su terapeuta (Cornejo, 1996).

En los casos que presento, trabajé con dos modelos diferentes, uno que requiere mucha estructura del terapeuta como su propio nombre lo indica (Modelo Estructural), implica conocer a fondo sus intervenciones y tener la fuerza suficiente para aplicar las técnicas en el momento justo. El otro modelo que utilicé fue la Terapia Narrativa, me parece que esta implica una gran capacidad imaginativa por parte del terapeuta para poder entrar en el mundo del niño y así realizar las intervenciones desde ese lugar, para conseguirlo es necesario que el terapeuta confíe en sí mismo y en que no perderá credibilidad si lo hace.

Al respecto de los modelos, técnicas e intervenciones a utilizar con los pequeños considero que todos los modelos son útiles, todas las técnicas funcionan y permiten que los procesos clínicos avancen, sin embargo creo que lo más importante en el caso de los niños es poder adaptarlas a su edad, poder acercarlas a su entendimiento, sin hablarles como bebés, ni con monosílabos, porque finalmente los pequeños entienden y comprenden lo que está ocurriendo en la sesión y de eso debe ocuparse el terapeuta, debe estar pendiente de que estén entendiendo todo lo que se está hablando, parte de nuestro trabajo es considerarlos, preguntarles su opinión, tomarlos en cuenta.

No debemos desechar ninguna de las herramientas que nos propone la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, lo único que necesitamos es tener la creatividad y flexibilidad necesarias para adaptarlas a las diferentes personas y diversas problemáticas que se nos presentan en el consultorio.

3.1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total

En el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar la práctica clínica supervisada ocupa un papel central, una característica de dichas prácticas es la forma en que se trabaja, se hace de forma sistémica con base en la cibernética de segundo orden. El siguiente análisis corresponde a dicha forma de trabajo.

Desde el punto de vista de la cibernética de segundo orden el terapeuta no es más alguien que describe al sistema “tal cual es” desde fuera, sino alguien que “co-construye” al sistema del que él también es participante, y más aún, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa y genera en dicha participación (Pakman, citado en Von Foerster, 1991).

En el sistema terapéutico total (sistema familiar, terapeutas, supervisores y observadores), todos los miembros que lo conforman, intervienen en la co-construcción del sistema porque todos son parte del mismo, cada sistema terapéutico observado durante una sesión clínica, en las prácticas supervisadas, fue co-construido por todos sus integrantes, y todos influimos en el proceso que se dio en cada uno de ellos. Me refiero a diferentes sistemas terapéuticos porque durante cada semestre los sistemas terapéuticos de las diferentes sesiones tuvieron varios integrantes que no eran constantes, como el sistema familiar, o los supervisores, o los miembros del equipo, o la presencia o ausencia de los observadores y cada uno de esos sistemas terapéuticos era distinto pues dependía de sus integrantes y del proceder de cada uno de ellos.

El sistema terapéutico total (S.T.T.) se conforma de los siguientes elementos:

El **sistema familiar** (individuo, pareja, familia, etc.). Acude a la terapia solicitando ayuda o remitido por algún médico, para solucionar alguna situación problemática.

Los **terapeutas** (equipo terapéutico supervisado, terapeutas en acción). El terapeuta en acción junto con el sistema familiar forma el Sistema Terapéutico. Los terapeutas establecen el encuadre terapéutico, negocian con el sistema familiar los objetivos de la terapia, realizan intervenciones de acuerdo a los enfoques de Terapia Familiar y los complementan con sus estilos particulares, reflexionan sobre la persona del terapeuta, analizan y reportan su trabajo en sesión clínica, plantean el camino que desean seguir en cada sesión y lo complementan con las ideas de los supervisores y del equipo terapéutico.

Los **supervisores**. Observan desde su sitio al sistema familiar, al equipo terapéutico supervisado, al terapeuta en acción y a los observadores, y desde ese lugar supervisan todos estos subsistemas. También se encargan de que los terapeutas en acción y los observadores conceptualicen los casos clínicos en los

diferentes modelos de Terapia Familiar, guían a los terapeutas para que desarrollen habilidades terapéuticas con una perspectiva sistémica, analizan y corrigen los reportes de las sesiones clínicas, brindan apoyo emocional a los terapeutas, examinan que el proceso terapéutico que lleve a cabo con ética.

Los **observadores**. Presencian el proceso terapéutico de forma respetuosa, atienden a dicho proceso en su totalidad, conocen de manera práctica las diferentes intervenciones de los diversos enfoques, en ocasiones plantean su perspectiva de algún caso.

De acuerdo con Desatnik, Franklin y Rubli (2002), el S.T.T. se compone de dos subsistemas: el sistema terapéutico (que incluye al sistema familiar y al terapeuta), y el sistema de supervisión (S.S.) (el cual incluye al equipo de supervisados y al supervisor); cada uno de estos sistemas generalmente se encuentran en salas contiguas, comunicadas por el espejo. Al sistema de supervisión más el terapeuta, se le llama sistema de terapeutas.

Troya y Aurón (1988), dicen que cada uno de los sistemas tiene su propia organización, con particulares normas, constructos y objetivos. Además se debe tener presente que una misma persona que esté dentro del S.T.T. forma parte de dos o más subsistemas y puede ejercer roles y funciones diferentes, por ejemplo un terapeuta puede también tener el rol de supervisando en otro momento.

Desde el punto de vista sistémico, se considera que si el S.T.T. se desarrolla dentro de una institución “se relaciona con otras organizaciones y personas (escuelas, hospitales, guarderías, terapeutas, médicos, abogados, etc.) que no sólo son fuentes de derivación o consulta sino que, frecuentemente, son sistemas parcial o globalmente interesados y “participantes” del diagnóstico, proceso y destino de la familia” (Troya y Aurón, 1988, p.5). Se puede decir, que el sistema familiar llega a cumplir diversos roles para distintas instituciones, por ejemplo puede ser diagnosticada de maneras disímiles y a veces contradictorias, lo cual puede crear confusión y conflicto en los individuos e instancias institucionales, incluyendo al S.T.T. En estos casos, el sistema de supervisión debe indagar los contextos de derivación de las familias y las relaciones que mantienen ambos.

En el caso del terapeuta, este tiene su propia concepción sobre la familia, sobre la terapia familiar y su papel como profesional. Todo esto tiene que ver con su experiencia de vida y de diversas maneras influirá en su desempeño, además es susceptible de bloquearse ante ciertas situaciones, sistemas, interacciones y personas. Aquí será necesario el apoyo del equipo de supervisión, el cual le ayudará a identificar los aspectos personales o profesionales propios, que están limitando el proceso terapéutico o pueden llegar a bloquearlo.

Troya y Aurón (1988, p.9) mencionan que el terapeuta debe:

1. Mantener una visión global del sistema familiar, que debe irse modificando y enriqueciendo a medida que procese e incluya información.
2. Simultáneamente interactuar con los distintos subsistemas e individuos desde lugares y roles diferentes en función de los objetivos y estrategias terapéuticas que se propongan.
3. Registrar y comprender la retroalimentación de sus intervenciones en el sistema familiar, sus subsistemas e individuos, no como observador sino como parte del sistema terapéutico. Para esto cuenta con su propio registro como la información que le proporciona el equipo detrás del espejo.

Para lograr cumplir con tales aspectos es necesario contar con la supervisión. Los mismos autores explican que el proceso de supervisión es “un espacio de integración teórico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso (Troya y Aurón, 1988, p.5). Es decir, el trabajo terapéutico se apoya en un espacio en el que el supervisor experto facilita el análisis del trabajo en relación a la familia y al terapeuta. El supervisor observa interacciones desde una visión más amplia que el terapeuta y en conjunto con los demás terapeutas del equipo trabajan para encontrar la mejor solución a las demandas de la familia, a través de realizar un buen diagnóstico, definir objetivos, la forma de intervención y de guiar el desempeño del terapeuta (Desatnik, et al., 2002).

El trabajar considerando varios sistemas, amplía la visión que se tiene de lo que pasa dentro y fuera del contexto terapéutico; además, el realizar un análisis del sistema terapéutico total desde la cibernética de segundo orden, lleva a mejores resultados que al hacerlo desde una perspectiva lineal.

Durante la maestría tuve la oportunidad de participar en los diferentes subsistemas: en el primer semestre estuve como observadora, y del segundo al cuarto semestre, estuve como terapeuta y supervisando. El poder trabajar desde diferentes subsistemas permite apreciar lo que ocurre en el S.T.T. desde diferentes ángulos, lo cual contribuye al desarrollo de los procesos terapéuticos tanto en cada subsistema como en el S.T.T.

Como observadora tuve mi primer experiencia con la forma de trabajo sistémico dentro de la residencia, también pude aclarar y aterrizar algunas fantasías en relación a la supervisión, observé lo que implica trabajar con un supervisor y con un equipo terapéutico; me di cuenta de la efectividad de todo ello pues el terapeuta cuenta con información adicional, que no tendría si trabajara solo, tiene más opciones,

ideas, sugerencias y observaciones sobre el proceso, lo cual le brinda más elementos para guiar la terapia considerando las diferentes miradas del equipo así como las valiosas sugerencias de las supervisoras.

Es aún más interesante destacar que cuando se tienen diferentes visiones sobre una “cosa”, se puede crear una nueva visión, mucho más amplia y abarcadora acerca de la situación que se está analizando: “cuando cada uno de los que se encuentran en la situación tienen significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones” (Andersen, 1991, p.56), lo cual quizá dé pie a nuevas hipótesis y observaciones que se van confirmando o descartando pero que ofrecen nuevos significados y panoramas para el sistema terapéutico.

Un aspecto relevante, no solo en el primer semestre sino a lo largo de toda la residencia, fue el observar en los casos de mis compañeros la aplicación de las técnicas de intervención de los diferentes modelos, lo cual, de acuerdo con Haley (1997) es la mejor manera de enseñar a un terapeuta a hacer terapia. Quizá al inicio no era capaz de identificar todas las intervenciones pero poco a poco eso fue facilitándose, pero lo que sí podía detectar eran las respuestas que la familia daba ante ciertas acciones del terapeuta y el efecto que esto tenía en sus vidas. Con las intervenciones también pude entender la importancia de hacerlas en el momento adecuado. Además vi en práctica el valor del joining, del respeto, de utilizar la intensidad adecuada, de saber escuchar y responder a las necesidades de los pacientes; no solo aprendí de los casos exitosos sino de los momentos más desconcertantes, cuando las cosas no salían de acuerdo a lo planeado.

En las pre-sesiones, resaltaba la prioridad de planear la sesión, de tener claro el objetivo, las hipótesis, las secuencias y la dirección a seguir durante la sesión. En las sesiones se hacía evidente la relevancia de la flexibilidad del terapeuta para modificar su planeación de acuerdo a lo que los pacientes “llevaban” a la sesión. En las post-sesiones, las reflexiones y observaciones de los compañeros y supervisoras me permitían mirar hacia otro lugar, ampliando mi perspectiva.

Los diálogos sostenidos en el equipo fueron un gran aprendizaje, ya que me introdujeron en la visión sistémica de la problemática y situaciones de las familias observadas, comencé a desarrollar el pensamiento sistémico que considera los diferentes elementos y contextos implicados, también me hicieron considerar cómo era mi propia forma de involucrarme en el sistema, pues el observar la terapia también me afectaba en diferentes niveles y eso a su vez se veía reflejado en el equipo. De esta manera pude experimentar lo que postula de Cibernética de segundo orden, el observador siempre participa en lo que observa.

En el S.T.T.se da un proceso de coparticipación entre el terapeuta, los supervisores y el equipo a partir del cual se toman decisiones sobre las intervenciones y la dirección a seguir en la sesión. En tal proceso también interviene la familia, pues esta ejerce gran influencia sobre el resto del sistema terapéutico, de tal manera que no es sólo la familia la que cambia durante el proceso, sino todo el equipo terapéutico.

Con esta forma de dar terapia, cuando se trabaja en un ambiente de respeto y profesionalismo, la persona del terapeuta puede contar con un equipo que le brinde mayor seguridad o certeza para ejecutar sus intervenciones. También como miembro del equipo es agradable participar del proceso externando comentarios, sugerencias e ideas, en un ambiente de libertad y respeto, en el cual se sabe que todas las ideas son válidas y que se retoman aquellas que sean de mayor utilidad para el sistema terapéutico.

Un punto crucial en mi aprendizaje fue la primera vez que estuve como terapeuta principal, me parecía que el hecho de ser observada, no sólo por la familia, sino por todo el equipo y las supervisoras iba a ser intimidante, así que cuando comencé esa primera sesión lo hice muy nerviosa, sin embargo descubrí que el contar con la guía de la supervisión y la mirada crítica de mis compañeros, no sobre mí como persona, sino sobre el proceso terapéutico en desarrollo, me proporcionó seguridad ya que sabía que si cometía un error o de pronto no sabía qué hacer, ellos sabrían orientarme y señalarme con respeto, opciones para continuar, y todo ello finalmente era en beneficio de los pacientes o familias atendidas.

Todas las retroalimentaciones se tradujeron en nuevos aprendizajes y en el desarrollo de habilidades que considero importantes en mi desempeño profesional, pues mis supervisores y compañeros me permitieron observar perspectivas que no notaba, tanto de mí misma como de las familias. La retroalimentación también se dio en el aspecto teórico-metodológico, lo cual representaba un gran apoyo para la planeación de las sesiones.

Otra experiencia enriquecedora, fue cuando los observadores se integraron al sistema terapéutico, en tercer semestre, esto cambió la dinámica del S.T.T., entraron nuevas voces con visiones e ideas distintas que enriquecieron el trabajo. Al principio fue extraño pero al poco tiempo esas voces se fueron tornando más familiares, se fueron sintonizando con el ritmo del grupo y el trabajo fue fluyendo más fácilmente.

Un fenómeno que viví, fue que después de varias sesiones se daba una gran integración entre todo el equipo, era una especie de conexión, ya que cuando estaba como terapeuta principal, había momentos en que tenía una idea que no sabía cómo expresar y justo en ese momento sonaba el teléfono o me escribían un mensaje y, como si pudieran “leerme la mente”, me decían que hiciera una pregunta o un comentario acorde a lo que yo estaba buscando cómo decir. Esto ocurrió en varias ocasiones en los distintos

escenarios clínicos, la intervención del supervisor y del equipo aparecía justo en el momento preciso, en el momento en que me era necesario, como si hubiese una conexión que nos permitiera tener esa sincronización. Por supuesto no fue así en todo momento ni en todas las sesiones, pero cuando ocurrió fue algo muy agradable que favoreció mucho a que las intervenciones fluyeran durante todo el proceso.

Durante todo el proceso fue muy grato observar la forma en que se iban dando los cambios tanto en las familias como en los terapeutas, como si se tratara de un proceso de crecimiento y transformación mutua y aunque nuestras miradas se centraban más en los cambios de las familias, al finalizar los procesos nos dimos cuenta que también nosotros habíamos cambiado y crecido con ellos. En este sentido, creo que un aspecto que favoreció mucho este crecimiento fue la integración que logramos como equipo de trabajo, tanto entre nosotros como con nuestros supervisores, trabajamos en un ambiente de verdadero apoyo y confianza que nos permitió desarrollarnos, el otro aspecto que favoreció esto fue la actitud de nuestros supervisores, quienes se mostraban genuinamente interesados en nuestra formación y en el trabajo terapéutico de las familias.

Sin embargo, también es importante tener en cuenta que la influencia ejercida por parte del equipo puede tener múltiples efectos sobre las familias atendidas, pues aunque la mayoría de las veces se logran efectos terapéuticos importantes, hay ocasiones en que los mensajes enviados por el equipo de supervisión no son bien recibidos por los pacientes y pueden terminar en que dicha familia se dé de baja o simplemente no favorecen a su proceso de cambio. De ahí la importancia de revisar y trabajar en el vínculo terapéutico, de crear empatía y hacer las intervenciones en el momento y con la intensidad adecuados, pues aunque muchas veces resulta necesario usar la intensidad o dar mensajes fuertes para facilitar los cambios, es importante que sepamos calibrar cuándo y cómo podemos usar esas técnicas, que conozcamos bien tanto la técnica como el sentido de ésta, para saberla aplicar y para evitar caer en confrontaciones cuyo efecto se puede volver justo lo contrario a la intención de los mensajes.

La experiencia de haber sido terapeuta principal en un sistema como el que describí en los párrafos anteriores me brindó grandes aprendizajes como persona y terapeuta, puedo decir que no solo las familias y personas me formaron al trabajar con ellas, sino el haber tenido supervisores que me guiaban, formándome y potencializando mis recursos y habilidades como terapeuta, que me hacían sentir el respaldo y apoyo para facilitar el espacio para lograr los cambios que las familias deseaban o necesitaban; así como el apoyo y acompañamiento de mi equipo de supervisión, que me animaba a crecer para mejorar en mi ejercicio como terapeuta familiar.

3.2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

En el programa de la Maestría se incluye la formación dentro del área de la investigación, este es uno de los pilares que sostiene el quehacer terapéutico ya que enriquece el trabajo brindando nueva información y herramientas que puedan garantizar mayor eficacia en el logro de los objetivos no solo a corto o mediano plazo sino a largo plazo.

A continuación se presentan los reportes de investigación realizados durante la residencia.

3.2.1. Reporte de Investigación Cuantitativa

Título de la investigación. “Propiedades psicométricas del Inventario de Detección de Recursos Familiares (IDERFAM)”

Autores. Roberto Cordero Oropeza y Selene Domínguez Boer

Objetivo. Aportar evidencia empírica sobre lo adecuado del IDERFAM (Espinosa, 2006) para medir el constructo Resiliencia Familiar según la aproximación de Froma Walsh.

Metodología. Se seleccionó una muestra no probabilística de sujetos voluntarios de 4 escuelas de nivel bachillerato. Se les aplicó el Inventario de Detección de Recursos Familiares (IDERFAM) (Espinosa, 2006), cuenta con 65 reactivos distribuidos en tres dimensiones: Patrones de Organización, Sistema de Creencias de la Familia, y Procesos Comunicativos. La presentación del instrumento consistió en un cuadernillo impreso para ser respondido directamente en él.

Resultados. La variables sociodemográficas (estado civil, edad, sexo y su condición laboral) se comportaron como se esperaba en una población escolar de bachillerato en nuestro país: mayor número de solteros, mayor número de estudiantes con edades menores de 18 para el nivel escolar tratado, un porcentaje cercano al 50% de hombres y mujeres, y una amplia proporción de estudiantes que no se encontraban en un trabajo remunerado.

Para obtener la confiabilidad del instrumento en cuestión se corrió el coeficiente alfa de Cronbah, se observó una consistencia interna del IDERFAM de .95; éste se obtuvo tras excluir los reactivos negativos en la matriz de correlaciones obtenida en el proceso de análisis de reactivos, y excluir, también, los menores a .3 en las correlaciones *reactivo-total*, que redujo su número de 65 a 55.

En cuanto a la estructura factorial del instrumento, encontramos que los reactivos que teóricamente fueron agrupados en las dimensiones: Sistemas de Creencias de la Familia, Patrones de

Organización y Procesos Comunicativos se encuentran distribuidos en los tres factores extraídos, lo que evidencia poca discriminación de los reactivos.

El análisis factorial practicado se estimó justificado por la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (*KOM*), el valor arrojado por la prueba *KOM* = .914. Y el valor de la prueba de esfericidad de Bartlett obtenido fue $X^2 = 6583.547$; significancia = .000. La matriz de correlaciones entre factores mostró una fuerza de asociación moderada, sin embargo se consideró suficiente para demostrar que los factores están relacionados de tal manera que la rotación oblicua era adecuada.

Tras la extracción de los tres factores señalados se obtuvo la confiabilidad para cada uno, al correrse el coeficiente alfa de Cronbach se mostró una alta consistencia interna.

Conclusiones El IDERFAM es un instrumento en cuyo origen se haya el supuesto de medir el constructo Resiliencia Familiar, una construcción teórica conformada por los siguientes recursos o áreas: a) Sistema de Creencias de la Familia, b) Patrones de Organización y c) Procesos Comunicativos; no obstante la mención de la influencia reciproca entre éstas, los reactivos parecen haber sido redactados con un alto grado de diferenciación para cada una de ellas; sin embargo, la evidencia empírica ratifica la dificultad de concebirlas como independientes unas de las otras.

A través del análisis practicado se obtuvieron tres factores correlacionados entre sí compuestos por reactivos heterogéneos, esto obliga a conceptualizarlos bajo criterios diferentes, acordes con la evidencia obtenida, los cuales podrían ser: a) Percepción del apoyo mutuo familiar, b) Percepción de la otredad y del apoyo mutuo en la familia, y c) Percepción de los recursos familiares para resolver sus problemas.

En cuanto a la validez de constructo parece que el instrumento intenta medir, más que el constructo de Recursos Familiares Resilientes o Resiliencia Familiar, parece ser la Percepción de la Otredad y el Apoyo Mutuo en la Familia, *en condiciones de vida habituales para el universo del que se extrajo la muestra*. Dicho constructo, lejos de situarnos en una línea diferente al de la medición de la Resiliencia Familiar, puede ser una dimensión constitutiva de la misma, que explica el 35.3% de la varianza acumulada en los tres factores.

A partir de lo anterior se recomienda someter el instrumento, completo y abreviado, a un análisis de constructo mediante grupos contrastados; en una muestra de sujetos seleccionada aleatoriamente proveniente de escuelas ubicadas, también, en zonas rurales con el fin de extender las conclusiones del estudio a un universo poblacional más amplio.

3.2.2. Reporte de Investigación Cualitativa

Título de la investigación. “Estudio de caso: elementos resilientes en una familia”

Autores. Roberto Cordero Oropeza y Selene Domínguez Boer

Objetivo. Conocer las articulaciones de los diferentes elementos resilientes (sistema de creencias, patrones organizacionales y procesos comunicacionales), según Froma Walsh, en una familia.

Metodología. Investigación cualitativa de estudio de caso de tipo instrumental, porque se buscó comprender el fenómeno de la resiliencia familiar a través de un estudio de caso particular.

El muestreo fue por conveniencia y se utilizó un diseño proyectado ya que se partió de los resultados de una investigación cuantitativa sobre la resiliencia familiar. Esta información generó las preguntas que llevaron a comprender las relaciones que existen entre los diferentes componentes o elementos del constructo resiliencia familiar y posibilitó definir las dimensiones relevantes para el objetivo del estudio, que a su vez sirvieron de guía para la realización de la entrevista y el análisis de resultados.

La entrevista utilizada fue semiestructurada, basada en un guión, ya que se preparó una lista de temas a tratar y el entrevistador tuvo la libertad para ordenar y formular las preguntas a lo largo del encuentro. Las dimensiones que se consideraron fueron: datos demográficos de la familia, problemáticas consideradas por la familia, sistema de creencias, procesos de comunicación y patrones organizacionales.

Resultados. El tratamiento de los datos derivados de la entrevista se realizó mediante el programa ATLAS-Ti. En términos generales se encontró que los elementos que componen el constructo resiliencia familiar se encuentran íntimamente ligados, a tal grado que no pueden separarse o desvincularse por completo en un análisis para poderlos diferenciar, es decir, tanto el sistema de creencias como los procesos de comunicación y los patrones organizacionales comparten elementos que los vinculan y los relacionan siendo parte unos de otros.

Se encontró que los elementos resilientes que poseía la familia podían ser identificados en las diversas categorías que componen el constructo resiliencia familiar, sin embargo no podían ubicarse en una sola categoría o rubro, por ello se considera que el constructo, aunque puede desmenuzarse teóricamente no puede delimitarse en la práctica.

Conclusiones. Una revisión a mayor profundidad de la percepción que tienen los diferentes miembros de la familia sobre sus problemas y las características familiares que les permiten salir adelante permitió vincular tales características a la capacidad de resolver las situaciones complicadas que se les presentaban como familia y como individuos. Incluso, ellos mismos reconocieron la forma en que tales

particularidades familiares (resilientes) les ayudaban a resolver situaciones que enfrentaban no solo como familia sino en el día a día.

El análisis del discurso que se realizó, hizo evidente la dificultad que existe para clasificar diversos eventos, experiencias, características y habilidades resilientes en las tres categorías planteadas por Walsh (sistema de creencias, procesos de comunicación y patrones organizacionales), es decir, una misma característica podía ser considerada en más de una categoría, lo cual podría brindar evidencia del grado de integración que existe entre dichas categorías.

Aunado a ello, la investigación permitió considerar la riqueza de información que se puede obtener a través de la metodología cualitativa para el análisis de la entrevista, ya que ésta exige de una organización y sistematización por códigos y familias que permiten encontrar significados del discurso que no se aprecian a simple vista.

3.3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

En este apartado se exponen actividades y trabajos llevados a cabo en el transcurso de la maestría, relacionados con productos tecnológicos, intervención comunitaria, la asistencia y presentación de trabajos (clínicos y/o de investigación) en foros académicos.

3.3.1. *Productos tecnológicos*

A lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, se realizaron diferentes manuales y videos didácticos basados en los modelos de terapia estudiados. A continuación se presenta un listado de los mismos:

- Manual de Técnicas de Terapia Estructural
- Video: Técnicas de Terapia Estructural
- Video: Técnicas de Terapia Estratégica

- Manual de Técnicas de Terapia Breve del MRI
- Video: Técnicas de Terapia Breve del MRI
- Manual de Terapia Breve centrada en Soluciones
- Video: Terapia Breve centrada en Soluciones

En cada uno de los manuales se puede encontrar una breve introducción al modelo, sus antecedentes y exponentes principales, una amplia descripción de las técnicas y principios básicos del modelo, donde cada técnica va ilustrada con ejemplos basados en diferentes casos, reales e hipotéticos, así como algunas otras reflexiones en torno a la aplicación de cada uno de los modelos. De este modo, cada manual representa una guía, práctica y didáctica, que resume los elementos principales de cada enfoque, esquematizando los aspectos a seguir en un proceso terapéutico bajo ese modelo.

En el caso de los videos, estos se centran en presentar las técnicas características de cada modelo de terapia, para lo cual se hicieron representaciones de situaciones terapéuticas en donde cada técnica era aplicada con una familia. Esto se hizo con la finalidad de tener un referente visual que vincule la teoría con la práctica, de tal manera que se facilite la comprensión de las técnicas a través de este medio.

Así, entre los compañeros del equipo de supervisión, y con base en las problemáticas reales de los casos atendidos en las prácticas, fuimos representando a los miembros de las familias y a diferentes terapeutas, adaptando y editando las situaciones terapéuticas para ejemplificar de manera didáctica cada una de las técnicas del modelo a presentar.

Adicionalmente, los videos contienen una breve introducción sobre el modelo, sus representantes principales y sus técnicas, así como los datos correspondientes al programa y los alumnos que elaboraron el video.

Estos materiales pueden ser de utilidad para cualquier terapeuta en formación que esté interesado en conocer alguno de estos modelos en particular, por lo que pueden servir como apoyo tanto en la residencia como en algún otro programa de formación en terapia familiar. Asimismo, resultaron ejercicios interesantes que facilitan el aprendizaje y repaso de los conocimientos adquiridos en clase, pues permiten vincular la parte teórica con la práctica y ayudan a imaginar los diferentes escenarios y formas en que pueden ser aplicados los diferentes modelos aprendidos.

3.3.2. Programas de intervención comunitaria

La atención comunitaria que ofrecí a lo largo de la Maestría fue la siguiente:

1. Curso Taller “Identificación y desarrollo de actitud ante el adulto mayor”

Se efectuó dentro del programa “3er curso taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles”, llevado a cabo en el ISSSTE, el objetivo central fue brindarles herramientas a los cuidadores para saber cómo actuar ante el cuidado del adulto mayor, la población a la que se dirigió el taller fue a cuidadores de enfermos y adultos mayores.

2. Taller “Comunicación sin violencia”

Se impartió en una escuela de educación Media de la SEP. El taller se fundamentó en la propuesta de Marshal Rosenberg (2006) de comunicación no violenta y se dirigió a adolescentes que se encontraran cursando el nivel de educación media. El objetivo central fue dotar a los adolescentes de herramientas para aprender a comunicarse sin violencia con sus familiares y amigos.

3. Programa “Respondiendo a las necesidades de los alumnos para elevar su aprovechamiento académico”

Se llevó a cabo en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur. Dicho programa se enfocó, en un inicio, en detectar cuáles eran las necesidades psicológicas de los alumnos de dicho plantel, después se elaboró un programa que permitiera trabajar tanto con los adolescentes como con sus padres en módulos independientes para satisfacer tales necesidades, para finalmente mejorar el aprovechamiento académico de los chicos.

3.3.3. Asistencia y presentación en foros académicos

3.3.3.1. Participación como ponente

1. 6° Congreso Internacional sobre la “Salud del Adolescente”

“La percepción de los jóvenes sobre la comunicación resiliente”. Espinosa, S.; Cordero, O.; Domínguez, B.; y Hernández, G.

Universidad Autónoma del estado de México, 31 de octubre de 2008.

2. *III Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología*

“Abordaje en resiliencia en el ámbito de la terapia familiar”. Domínguez, B. y Espinosa, S.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, 4 y 5 de agosto de 2009.

3. *III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009*

“Propiedades psicométricas del Inventario de Recursos Familiares (IDERFAM)”. Cordero, O.; Domínguez, B.; y Espinosa, S.

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad en conjunto con la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, del 9 al 11 de septiembre de 2009.

3.3.3.2. Asistencia a eventos científicos

1. *XI Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, estar y trascender en la Terapia Familiar”*

Se llevó a cabo del 14 al 17 de noviembre de 2008 en la ciudad de Querétaro, organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.

2. *Curso. “Integración de la Terapia Breve Sistémica con la Hipnosis Clínica Ericksoniana”*

Se efectuó el 28 y 29 de marzo de 2009 en el Estado de México, organizado por INFASI ACT (Individual and Family Systems Institute Assessment, Care and Training).

3. *1er Encuentro Internacional de Psicoterapia*

Se llevó a cabo del 06 al 09 de octubre de 2009 en la Ciudad de Chihuahua, organizado por el Centro de Atención y Prevención Psicológicas (CAPPSI).

4. *1er Congreso Internacional de Terapia Breve: Individuo, Pareja, Familia “El Cambio que Transforma”*

Se llevó a cabo del 29 de octubre al 01 de noviembre de 2009 en Guadalajara, Jalisco, organizado por la Universidad Católica (UNIVA) y el Centro de Terapia Familiar y de Pareja (C.E.FA.P.).

3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

El ejercicio de la Terapia Familiar está orientado hacia el bienestar de las personas, por ello, resulta vital en la formación de los terapeutas, tomar en cuenta las consideraciones éticas pertinentes, que ayudan a tomar decisiones complicadas ante determinadas situaciones. Pues es de esperarse que en la práctica profesional de un psicoterapeuta, se presenten numerosas situaciones sociales que le planteen al clínico súbitos dilemas éticos.

Si entendemos la ética como la ciencia del comportamiento moral, se puede establecer que una doctrina ética elabora y verifica afirmaciones o juicios. Esta sentencia ética, juicio moral o declaración normativa es una afirmación que contendrá términos tales como “malo”, “bueno”, “correcto”, “incorrecto”, “obligatorio”, “permitido”, “útil”, “inútil”, “adecuado”, “inadecuado”, etc., referido a una acción o decisión. Cuando se emplean sentencias éticas se está valorando moralmente a personas, situaciones, cosas o acciones. La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar.

Por ello, al referirme a la ética del psicólogo debo hablar sobre el comportamiento que debe asumir el mismo en su desempeño laboral habitual, teniendo la responsabilidad y obligación de seguir un código ético acorde con su profesión. El código ético del psicólogo puede resumirse en dos grandes rubros: en el respeto hacia la persona que solicita el servicio y en la procuración de su bienestar emocional (Aragón, 2004).

La ética del psicólogo implica una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso ante las familias y la sociedad, es responder de manera honesta y profesional ante las demandas de los clientes,

realizar el trabajo con honestidad ante uno mismo, las familias, los colegas, los diferentes enfoques y las instancias institucionales; también incluye desempeñar la profesión con calidad.

3.4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

La ética permea por completo la práctica terapéutica que realizamos, considero que aparece antes del primer contacto telefónico que tenemos con el (los) paciente(s), digo esto porque un aspecto fundamental es que previo a ofrecer atención terapéutica, quien lo haga, deberá contar con una formación profesional que respalde aquello que ofrezca, es decir, que cuente con competencias profesionales adecuadas y actualizadas que permitan resolver lo que requieren sus consultantes; en la experiencia vivida, esa era la finalidad de ingresar a la Maestría.

Al trabajar dentro de instituciones debemos considerar y respetar los lineamientos de dicho contexto. Esto contempla las normativas internas, la fijación de tarifas, así como los límites y plazos para el periodo de atención.

Así mismo aparecen implicaciones éticas al realizar la primer llamada telefónica, ya que es aquí cuando les explicamos nuestra forma de trabajo (la presencia del equipo, el uso de la videocámara y el uso de la información); en éste aspecto la supervisión es muy cuidadosa y profesional, por ello exige que el consultante conozca todos esos aspectos antes de la primer sesión.

Otro punto es el referente a la confidencialidad en cuanto al manejo de la información, este incluye no mostrar los videos ni las actas a personas fuera del programa de Maestría y no comentar aspectos referentes a los casos atendidos en espacios ajenos a dicho programa, todo esto cobra mucho mayor importancia en el caso de la Clínica de la FESI pues aquí algunos de los pacientes son trabajadores de la misma institución.

También es necesario considerar que al formar parte de una sociedad adquirimos principios y valores morales que rigen nuestra manera de pensar y de actuar, como profesionistas requerimos hacer una revisión y análisis de ellos para tenerlos presentes y considerar la forma en que pueden afectar nuestro desempeño terapéutico. Para ello se hace necesaria la revisión del genograma personal, pues nos permite detectar y hacer explícitos los sistemas de valores que se encuentran permeando las construcciones teóricas y las intervenciones clínicas que empleamos. En el espacio de terapia no solo se consideran los valores y creencias del terapeuta, también se deben tener presentes las de los consultantes y, con la forma de trabajo

en las prácticas supervisadas, también se consideran las de los miembros del equipo y los supervisores. Las de los consultantes nos son útiles para llevar a cabo todo el proceso, las del resto de los terapeutas se consideran como diferentes puntos de vista y aportaciones al trabajo, ya que al respetar y tomar en cuenta todas esas opiniones, el terapeuta consigue enriquecer su propia visión.

En particular en la práctica profesional dentro del programa, también nos encontramos ante ciertos dilemas éticos, por ejemplo con una cliente que se trabajó con un modelo de terapia breve centrado en soluciones, al parecer el modelo fue perfecto para ella y contribuyó a que realizara cambios referentes a su motivo de consulta, como era de esperarse la cliente pudo programar su alta, sin embargo el equipo terapéutico y la supervisión se encontraban preocupados por un asunto familiar de dicha cliente, asunto que a la cliente no le importaba, por tal motivo se consideró que lo ético era comentarle a la cliente la preocupación del equipo y dejarla decidir sobre su alta, externándole que si en algún otro momento ella consideraba necesitar el servicio podía volverlo a solicitar. A mi parecer esta fue la mejor forma de respetar al otro (cliente/paciente) y a nosotros mismos, ya que la cliente pudo decidir, nosotros no le construimos un nuevo problema y tampoco nos quedamos con la preocupación de que quizá la cliente necesitara más ayuda pero no supiera cómo pedirla.

Otra experiencia que considero importante fue en el caso de una adolescente con anorexia diagnosticada por su médico; esta chica fue referida al servicio de psicología por el área médica y se nos informó que su médico familiar continuaba teniendo citas con ella, nosotros confiamos en que la chica tenía supervisión médica, sin embargo conforme fueron pasando las sesiones nos fuimos dando cuenta de que la sintomatología física de la anorexia se iba agudizando (amenorrea, pérdida de cabello y uñas, mareo, hipotensión), ante tal escenario nos pareció que lo más pertinente era realizar una interconsulta con el médico tratante. En dicha interconsulta nos enteramos que el médico dejó de verla pues consideró que su trabajo ya estaba hecho, por lo cual nosotros solicitamos que fuera atendida por el servicio de medicina interna y a la par continuar viéndola. Me parece que nuestra decisión fue la más acertada pues debíamos garantizar la vida de la chica desde el punto médico para después poder trabajar psicológicamente con ella, sin embargo considero que la respuesta de su médico familiar fue poco ética pues él sabía que el pronóstico de la chica era malo (morir en máximo 1 año) y decidió dejar de atenderla.

Otro tema que suele atravesar la ética del psicólogo es la violencia intrafamiliar, durante la Maestría atendimos mujeres que sufrían violencia por parte de sus parejas. Lo primero fue considerar desde cuál perspectiva teórica se trabajaría, se cuestionó si la mejor postura era la de Perrone (2008), el cual la concibe desde una perspectiva circular, sin embargo se optó por no responsabilizar al mismo tiempo tanto a la víctima como al victimario, se decidió que la mejor opción sería responsabilizar al victimario de la violencia y

a la víctima de su autocuidado, así se pretendió que ellas buscaran su seguridad y la de sus hijos y después se comenzó a trabajar con ellas. Decidimos seguir este plan pues consideramos que para poder trabajar con ellas era necesario primero asegurar su vida.

Ante todas las decisiones mencionadas debo aclarar que se consideró la opinión de todo el equipo terapéutico (supervisores, terapeutas y observadores), respetando la experiencia de la supervisión por conocer más sobre la práctica profesional.

Como terapeutas es indispensable que tengamos conciencia del alcance de nuestro trabajo y que una vez identificadas las limitaciones del mismo hagamos una reflexión sobre cuáles son los factores que constriñen nuestro quehacer, para de este modo, tomar las medidas pertinentes y resarcir esas faltas. Puesto que somos profesionistas no podemos permitirnos ser irrespetuosos con nuestros consultantes y su historia, y tampoco podemos pretender saber cuando los resultados nos indican lo contrario. Tengamos presente siempre la responsabilidad que adquirimos al trabajar en esta área, pongamos toda nuestra atención en cada uno de nuestros actos, en lo que hacemos, pensamos, sentimos y decimos, ya que de ese cuidado puede depender el bienestar de familias y sistemas enteros.

Capítulo 4

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. *Habilidades y competencias profesionales adquiridas*

La formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM, abarca tanto las bases epistemológicas y teóricas, así como la práctica clínica supervisada. Para comenzar me gustaría destacar la sólida formación teórica que adquirí a lo largo de estos dos años, la cual me brinda un panorama complejo para mi actuar profesional, dentro y fuera de la sesión terapéutica. También adquirí la capacidad para traducir esos elementos teóricos en acciones en la práctica clínica, diseñando y aplicando diferentes técnicas y herramientas de los modelos de Terapia Familiar, pudiendo innovar y modificar las diversas intervenciones terapéuticas aprendidas.

Otras competencias cruciales que obtuve para ser utilizadas dentro de la sesión terapéutica fueron la habilidad para realizar entrevistas sistémicas teniendo en el consultorio a toda la familia o a solo una parte de la misma; poder definir motivos y objetivos terapéuticos de forma colaborativa con todos los consultantes presentes; evaluar los problemas y detectar los intentos de solución así como los recursos y posibilidades de las familias; formular hipótesis sistémicas que permitieran guiar y enriquecer mi trabajo con los pacientes; trabajar desde diferentes posiciones terapéuticas dependiendo del consultante y de la situación tratada, incluso poder oscilar entre las mismas en una sola sesión; afinar mi curiosidad y mi capacidad de análisis ante los casos clínicos y los fundamentos teóricos con los que trabajo; además de perfeccionar el cómo establecer el rapport, la empatía y la agudeza en la observación para detectar e identificar diversos problemas en el área de la salud mental o crisis a nivel individual, de pareja y familiar.

Asimismo conseguí competencias fuera del ámbito clínico, tales como habilidades para diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos, relativos al campo de la Terapia Familiar, apreciando las bondades de cada tipo de investigación, así como los pormenores a cuidar cuando se investiga. Adicionalmente está el enaltecimiento de actitudes de compromiso con el entorno social, lo cual impactó en las habilidades para detectar necesidades en el mismo, la elaboración, diseño e implementación de programas y proyectos encaminados a la salud comunitaria, además del desarrollo del manejo de grupos, la exposición y la eficiencia en la transmisión de la información.

El programa también me formó con un alto apego a las normas éticas en todo mi proceder; con una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso en el trabajo profesional cotidiano, además de una visión crítica hacia mi propio desempeño en un afán de mantenerme en un proceso de mejora continuo.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

Las cifras de incidencia de los problemas de salud mental en nuestra sociedad van en aumento, lo cual nos exige, como profesionales especializados en el área, la elaboración de programas de desarrollo social que presten servicio a las familias en diferentes niveles de atención (prevención y/o intervención) en los que se propongan alternativas de solución efectivas a lo que demanda la sociedad.

En México existen algunas clínicas y centros de salud públicos y privados, que emplean el enfoque sistémico en su práctica terapéutica, en el caso de la Maestría en Terapia Familiar impartida en la FES Iztacala, se brinda atención a la comunidad de la propia FESI (alumnos, trabajadores, administrativos, etc.) y a la población de la zona aledaña, también se ofrece servicio a la comunidad del CCH Azcapotzalco y a los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE "Tlalnepantla".

El contar con la formación teórica-práctica supervisada en vivo en el ámbito clínico desde los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna nos permite diseñar estrategias de evaluación e intervención para los problemas y demandas de la población en el área de la salud mental. Desde mi punto de vista, la aplicabilidad de la Terapia Familiar es muy extensa y no se restringe únicamente a la práctica clínica del consultorio, sino a otros ámbitos como el educativo, el laboral o al sector salud.

4.3. Reflexión y análisis de la experiencia

La vivencia dentro del programa fue de profundo crecimiento profesional y personal, profesional porque conocí, aprendí y aprehendí diferentes modelos de intervención de Terapia Familiar con un enfoque sistémico, gracias a que la formación recibida no basta con conocer y manejar la teoría, todo lo revisado en clase se lleva a la práctica, se aplica en diferentes casos clínicos, con diferentes familias, por lo tanto los mismos conocimientos teóricos terminan siendo traducidos de diversas formas, dependiendo del tema que cada consultante lleve a la sesión terapéutica.

El cursar por esta formación me llevó a reflexionar sobre la forma en que había ejercido la práctica clínica antes, el conocer y comenzar a utilizar una nueva epistemología puso en entredicho algunas de las verdades de la psicología tradicional en las que había basado mi trabajo previo. Personalmente, la Maestría

me cambió la visión del mundo, deje de buscar causas y efectos para comenzar a pensar de forma circular e interesarme en buscar cuál es la participación que cada quien tiene, incluso yo misma, en todos los sucesos de mi vida. Con el paso de los días me di cuenta que esta manera de pensar es una forma de vida que en todo momento nos acompaña y no una especie de accesorio que nos ponemos cuando estamos frente a algún paciente.

El espacio de la supervisión me mostró la forma en que la teoría y la práctica se hacen una misma, me brindó el respeto, el apoyo y la confianza necesarios para dar mis primeros pasos en este ejercicio profesional. Mi aprendizaje estuvo acompañado por diferentes supervisores que tenían un estilo propio, lo cual permitió que mi visión se ampliara aún más. Cada supervisor me acompañó a su manera y cada uno de ellos me hizo crecer y mirar nuevas maneras de hacer, potencializando mis propios recursos y mostrándome mis puntos ciegos.

Otro aspecto importante que debo resaltar fue la convivencia con mis compañeros de generación y principalmente de sección en las prácticas supervisadas, en general establecí con cada uno de ellos una relación armoniosa, de apoyo, cooperación y respeto, considero que eso facilitó el camino, pues aligeraba los días de mucha presión y trabajo; también el ambiente que formamos favorecía el crecimiento personal y profesional del que he venido hablando.

Con todo lo que recibí a lo largo de estos dos años, mi crecimiento en el área de la psicología dio un salto enorme, ahora cuento con fundamentos teóricos sólidos que guían mi quehacer terapéutico, también pude perfeccionar algunas habilidades que descubrí me eran útiles para ejercer mi profesión. Estoy consciente de que mi formación no termina con el programa, no lo sé todo ni puedo abarcar todo el espectro de dificultades por las que atraviesan las personas, debo seguir preparándome pues mi entorno psicosocial está en constante cambio y eso me exige una constante actualización.

Para mí, lo aprendido fue generando un gran cambio en mi pensamiento, un cambio que comenzó siendo muy pequeño pero que poco a poco fue abarcando todas las áreas de mi vida.

4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

Gianfranco Cecchin (1998) señala que poner interés en la persona del terapeuta es centrarse en lo que sucede en el espíritu del mismo cuando él o ella están frente a una familia o ante un problema, es preguntarse qué sucede en la mente del terapeuta, qué es lo que siente, el terapeuta mismo debe ir del contenido al proceso, preguntándose cómo utilizar sus vivencias para comprender mejor a la otra persona y, al mismo tiempo, que le permitan guiar las acciones y reacciones en la sesión terapéutica. Todo terapeuta que este comprometido consigo mismo y con la familia permanece alerta a sus emociones y aprende más sobre sí mismo.

No sólo es reconocer las emociones, sino considerar el contexto en que existen y responder a ellas de una manera que concuerde con el lugar, y para ello debemos permanecer alertas a nuestro estado de ánimo, reconocer lo que los diferentes casos nos provocan y continuar avanzando.

En el área profesional, los conocimientos y habilidades desarrolladas durante esta formación me permiten trabajar en consulta privada o brindar atención a familias e individuos en instituciones del sector público, de salud mental, de atención integral a la familia o rehabilitación psicosocial. También se favorece el trabajo en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que requieran intervenir a niveles más amplios, como las comunidades y la sociedad. La perspectiva sistémica incluso puede aplicarse en otros contextos como escuelas, empresas, albergues, hospitales y diversas organizaciones.

La residencia también me permitió desarrollar el compromiso social de reflexionar de manera continua sobre los procesos sociales y su impacto en las familias y los individuos, así como de generar intervenciones eficaces para que las personas puedan afrontar las circunstancias de nuestro contexto sociocultural de una forma más funcional para ellos. Dicho compromiso me lleva a conducir mi práctica en forma ética, desarrollando nuevas habilidades y conocimientos para renovar constantemente mi práctica profesional, generando nuevos conocimientos y metodologías que mejoren los servicios de atención a los consultantes, así como a cuidar de forma integral mi proceder.

Con la formación como terapeuta familiar el campo de trabajo no está limitado al consultorio, ya que también podemos trabajar en las instituciones analizando los procesos psicosociales que afectan las vidas de los individuos, las familias y las comunidades, y diseñando intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria; en el ámbito educativo como docentes o investigadores. El terapeuta sistémico puede ser un recurso para las organizaciones, debido a su capacidad de analizar los procesos interaccionales y los sistemas de significados, y su habilidad para favorecer cambios sistémicos mediante estrategias que

implican acciones concretas o a través de la facilitación del diálogo entre los miembros del sistema a fin de que encuentren nuevas alternativas de acción.

Un área poco explorada ha sido la participación del terapeuta familiar en el análisis de políticas públicas que tienen un impacto significativo en la vida de las familias, de manera que pueda colaborar para generar políticas más eficaces, especialmente a largo plazo y en amplios sectores de la sociedad, en problemas de salud pública como la violencia intrafamiliar.

Ejercer nuestra profesión implica, entre otras cosas, ética, responsabilidad, formación, capacitación, investigación, conocimiento de la teoría, experiencia clínica práctica y, sobre todo, una gran dosis de creatividad, compromiso y flexibilidad ante las situaciones que vamos enfrentando.

Referencias

- Ackerman, N.W. (1938). The unity of the family. *Archives of Pediatrics*. 55, 51-62.
- Ackerman, N.W. (1966). Child participation in family therapy. *Family Process*. 30, 403-410.
- Aragón, B. (2004). Fundamentos psicométricos en la Evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 7(4).
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Golishian, H. El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En Mc Namee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Andolfi, M. (2001). Terapia con el individuo y terapia con la familia. *Sistemas familiares*. Marzo 2001.
- Andolfi, M. (1997). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1985) *Dimensiones de la terapia familiar*. España: Paidós.
- Ashby, R. W. (1977). *Introducción a la cibernética*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. y Franklin, C. (2005). Perspectivas posmodernas en terapia familiar. En Limón, G. (Comp.). *Terapias posmodernas*. México: Pax.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán* (1ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.

Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.

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

Campion, J. (1987). *El niño en su contexto: La teoría de los sistemas familiares en psicología de la educación*. España: Paidós.

Campillo, M. (2007). El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación externalizante. *Centro de Atención Psicológica de la Familia A.C.* México

Capdevila, M. (2007). *Fundamentos de psicoterapia infantil*. España: Morata.

Carrasco, E. (2003). Decálogo sobre lo mínimo que debe saber un terapeuta familiar para trabajar con niños. *De Familias y Terapias. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 11(17)

Carrasco, E. (2002). Terapia familiar como psicoterapia infantil: algunas pistas teóricas y prácticas. *De Familias y Terapias. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 10(16)

Carrasco, E. (1997). Reflexiones acerca del psicodiagnóstico en niños con problemas de rendimiento escolar. *De Familias y Terapias. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 5(8)

Carter, E. y McGoldrick, M. (1980). *Mayor variations in the family life cycle. Divorce and remarriage*. En *The family life cycle, a frame work for family therapy*. New York: Gardner Press.

Cecchin, G. (1998). *Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad*. *Family Process*, 26, 405-413.

Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.

Cely, G. (1999) *La bioética en la sociedad del conocimiento*. Colombia: 3R editores.

Comisión Económica para América Latina (2009). *Producto interno bruto total: Caída de 7% para México*. Consultado el 25 de julio de 2009.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). *Estadísticas de empleo en América Latina*. www.eclac.org

Cooklin, A. (2001). Eliciting children's thinking in families and family therapy. *Family Process*, 40. 293-312.

Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Descleé De Brouwer.

Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y familia*, 1(15), 47-56.

Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. En: *Psicoterapia y familia*. Vol. 9, No. 2.

Espinosa, S. R., Cordero, O. R., Domínguez, B. S. y Hernández G. G. (2008, octubre). *La percepción de los jóvenes sobre la comunicación familiar resiliente*. Sesión de cartel presentada en el 6to. Congreso Internacional Sobre la Salud del Adolescente, Toluca, Estado de México. México.

Espinosa, S. R. González, M. S. (2006). Apuntes para la construcción del Inventario de Detección de Recursos Familiares (IDERFAM). Manuscrito no publicado.

Espinosa, S. R. (2005a, octubre). *Familia y Resiliencia*. Documento presentado en el 1er Congreso de Resiliencia en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalneantla, Estado de México, México.

Espinosa, S. R. (2005b) *Problemática y factores resilientes en familias mexicanas*. (Proyecto de investigación PAPCA 07/08 UNAM FESI). Tlalneantla, Estado: Universidad Nacional Autónoma de México, Residencia en Terapia Familiar.

Espinosa, S. R. (1992). *El ciclo vital en familias mexicanas: características culturales y estructura familiar*. Tesis de maestría. UDLA, A.C., México.

Esteinou, R. (2004). Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares [Versión electrónica]. *Desacatos, Revista de antropología social*, 2, 11-26.

Feixas, V. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. (3ª edición revisada). Bilbao: Descleé de Brouwe. Biblioteca de Psicología.

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

Fishman, H. y Minuchin, S. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2010), World Population Prospects: The 2008 Revision Population database, División de Población de las Naciones Unidas (de: <http://esa.un.org/unpp/>, consulta del 20 de abril de 2010).

Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. España: Paidós.

Gabino, M., Scott, R. y otros (1992). *Psicoterapia infantil*. México: Trillas.

Galicia, X. (2004). Terapia Estratégica. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar* (pp. 81-113). México: Editorial Pax México.

Gamazo, P. (2007) *Psiquiatría infantil y adolescente*. España: Europa Press.

García, P. (1986) *Padres más hijos*. México: Limusa

García-Milá, P. (2005). *Narración de historias en psicoterapia infantil*. Buenos Aires: Brujas.

Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.

Gil, E. (2005). Terapia de juego familiar: El oso de uñas cortas. En Schaefer, Ch. (Comp.) *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Pakman, M. (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.

Haley, J. (2006). *Terapia de ordalía* (2ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Haley, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Haley, J. (1999/1977). *Terapia para resolver problemas* (7ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Haley, J. (1982). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. y Hoffman, L. (1993). *Técnicas de terapia familiar* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.

Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. En: *Psicoterapia y familia*. Vol. 2, No. 2.

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

International Programs Center (2009). Recuperado el 29 de julio de 2010, de www.census.gov/ipc

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2009a). *Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales*. México: INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2009b). *Mujeres y hombres en México*. México: INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2009c). *Natalidad y mortalidad en México*. México: INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2009d). *Pobreza en México*. México: INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2008). *Educación y salud en México*. México: INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2007). *Constitución familiar. Datos nacionales*. México: INEGI

Jelin, E. (2007). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. En Arriagada I. (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina*. (pp. 93-123). Santiago de Chile: CEPAL, ONU.

Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós. Colección: Terapia Familiar.

Keeney, B. y Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

La Jornada (2009). *Influenza desploma el turismo*. Consultado el 25 de julio de 2009.

Lasch, C. (1984) *Refugio en un mundo despiadado*. España: Gedisa

Limón, G. (2005). *Terapias posmodernas: aportaciones constructivistas*. México: Pax México.

Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica (2ª Reimpresión)*. Buenos Aires: Amorrortu.

Martínez, R. (2009). *Aumenta desempleo en México durante enero de 2009*. En IBT Times, 25 de febrero de 2009, consultado el 25 de julio de 2009. México: INEGI.

Minuchin, S. (1979/1984). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

Minuchin, S. Y Fishman, H. (1984/2008). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Montaner, R. (2007). *Psicoterapia infantil relacional*. España: CEIG.

Montaño, S. (2007). El sueño de las mujeres: Democracia en la familia. En I. Arriagada (Coord.). *Familias y políticas públicas en América Latina*. 77-91. Santiago de Chile: CEPAL. ONU.

Neimeyer, R. (1998). Psicoterapia constructivista: características, bases y direcciones futuras. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W y Weiner, Davis. (1997). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós. Colección: Terapia Familiar.

O'Hanlon, B. (2006). *Crecer a partir de las crisis* (1° Reimpresión). México: Paidós.

Palacios, B. (2005) *La familia mexicana*.

<http://www.udem.edu.mx/nuevoforo/anteriores/nf1/familiamexicana>. Recuperado el 30 de junio de 2010

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

Perrone, R. y Nannini, M. (2008). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. España: Paidós.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

Pujol, A. y Torres O. (2000) *Diccionario de pedagogía*. México: Valletta.

- Rosenberg, M. (2006). *Comunicación no violenta: Un lenguaje de vida*. Argentina: Gran Aldea.
- Rosselot, F. y Carrasco, E. (1997). Modelos y escuelas de terapia familiar: Mapa histórico de referencia. *De Familias y Terapias. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 5(8)
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Anolli, L., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C. et. al. (1988). *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., D'Ettoire, L., Garbellini, M., Ghezzi, D., Lerma, M. et al. (1986). *El mago sin magia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1995). *Los juegos psicóticos de la familia* (2ª Reimpresión). Barcelona: Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1997). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (1985). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. En: *The Family Therapy. Networker*. 9(1).26.
- Soros, G. (2005). *La crisis del capitalismo global: la sociedad abierta en peligro*. Madrid: Palza & Janés
- Tarragó, M. (2007). *Psicoterapia infantil con juego*. México: Manual Moderno.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. II Congreso Nacional de Terapia Familiar, México.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Obras escogidas. Edición de Marcelo Pakman. Barcelona: Gedisa.
- Wachtel, E. (1997). *La clínica del niño con problemas y su familia*. Barcelona: Amorrortu.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

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

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Zablocki, E. (2000). *Más niños que nunca tienen problemas psicológicos*. WebMD Health News

Апекс



Otorga la presente

CONSTANCIA

A

LIC. PSIC. SELENE DOMINGUEZ BOER

Como

PONENTE

Con el Tema:

“IDENTIFICACION Y DESARROLLO DE ACTITUD ANTE EL ADULTO MAYOR”

En cumplimiento del

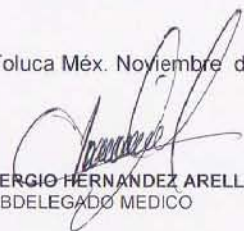
“3er CURSO TALLER PARA CUIDADORES DE PERSONAS ENVEJECIDAS FRAGILES”

20 de noviembre de 2008.

(1 hora)

Toluca Méx. Noviembre de 2008.


DR. MIGUEL ÁNGEL VILLAMARES GARCÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA,
INVESTIGACION Y CALIDAD


DR. SERGIO HERNÁNDEZ ARELLANO
SUBDELEGADO MÉDICO

SEP



SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESC. SEC. DNA. No. 69
"MARTIN V. GONZALEZ"

SE OTORGA EL PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A la Lic. SELENE DOMÍNGUEZ BOER

Por haber impartido el Taller de Comunicación sin Violencia con una duración de 6:00 hrs., el día 22 de mayo de 2009; a los alumnos de Educación Media de este plantel.

ATENTAMENTE

MA. DEL CARMEN PEÑA BEJARANO

DIRECTORA DEL PLANTEL

Secretaría de Educación
Pública
"H. DE EDUC. SECUNDARIA"
DEPTO. DE EDUC. SEC.
DNAS. EN EL D.F.
SECUNDARIA No. 69
MARTIN V. GONZALEZ
PLAZA BENITO JUAREZ
AV. RIO CHURUBUSCO
MEXICANO D.F.

Mayo de 2009

La Universidad Autónoma del Estado de México
A través de la
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados
y el
Centro de Investigación en Ciencias Médicas



Otorga el presente

Reconocimiento

A: SELENE DOMINGUEZ BOER

Por su destacada participación como Coautor del Cartel:

“La percepción de los jóvenes sobre la comunicación resiliente”

En el 6° Congreso Internacional sobre la “Salud del Adolescente” llevado a cabo en el Edificio Administrativo de la UAEM.

Toluca, Méx. 31 de Octubre de 2008

ATENTAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo



“El hombre pasa, pero la obra queda, Adolfo López Mateos, presidente de México (1958-1964)”

DR. en C. AGB. CARLOS ARRIAGA JORDÁN
Secretario de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEM

MC. ESP. TyO GERARDO HUITRÓN BRAVO
Coordinador General del CICMED

MTRA. MARCELA VEYTIA LÓPEZ
Coordinadora del 6° Congreso



28 a 31 de octubre de 2008



El trabajo de la Secretaría continúa en México





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



RECONOCIMIENTO

Que se otorga a:

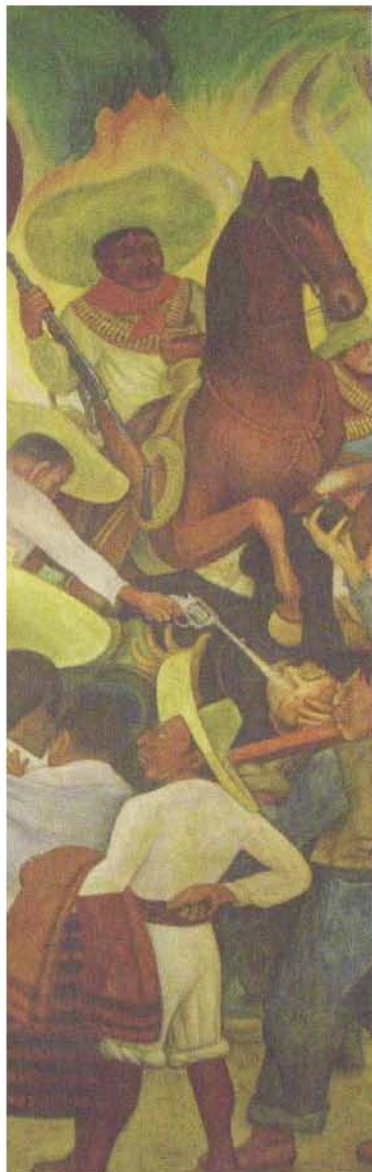
**SELENE DOMÍNGUEZ BOER Y MARÍA ROSARIO ESPINOSA
SALCIDO**

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN COMO PONENTE EN LA MESA TEMÁTICA:

ABORDAJE EN RESILIENCIA EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA FAMILIAR,
EN EL III CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA, CELEBRADO LOS
DÍAS 4 Y 5 DE AGOSTO DE 2009, EN LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F. a 4 de Agosto de 2009

Dr. Javier Nieto Gutiérrez
Coordinador del Programa de Posgrado en Psicología



La **Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco**
y la **Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología**

extienden la presente

Constancia

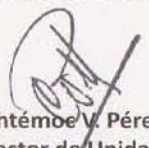
Selene Domínguez Boer

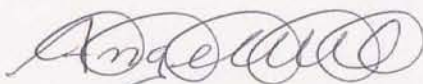
**"Propiedades psicométricas del Inventario de Recursos
Familiares (IDERFAM)"**


por su participación en el

III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009

realizado en la Ciudad de México, del 9 al 11 de septiembre de 2009.


Dr. Cuauhtémoc V. Pérez Llanas
Rector de Unidad


Mtro. Miguel Ángel Castillo
Coordinador de la Licenciatura en Psicología


Mtro. J. Joel Vázquez Ortega
Presidente del Congreso



**Asociación Mexicana
de Terapia Familiar, A.C.**

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Selene Domínguez Boer

Por su ASISTENCIA al

XI Congreso Nacional de Terapia Familiar

"SER, ESTAR Y TRASCENDER EN LA TERAPIA FAMILIAR",

realizado del 14 al 17 de noviembre de 2008 en la Ciudad de
Querétaro, Querétaro. México

Dra. Montserrat Castañón Canet
Presidenta

Dra. María Emma Espejel Aco
Coordinadora de la Comisión Científica



**INDIVIDUAL AND FAMILY SYSTEMS INSTITUTE
ASSESSMENT, CARE AND TRAINING**

OTORGA A

SELENE DOMÍNGUEZ BOER

la presente


CONSTANCIA

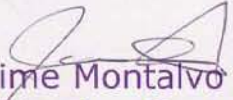
por su asistencia al curso

**"INTEGRACIÓN DE LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA
CON LA HIPNOSIS CLÍNICA ERICKSONIANA"**

que se llevó a cabo el 28 y 29 de marzo del año en curso
con una duración de 16 horas

"EXPANDIENDO TU CONCIENCIA SISTÉMICA, TU EQUILIBRIO, TU ARMONÍA... TU SALUD"
Tlalnepantla, Estado de México, a 29 de marzo del 2009.


Mtro. Ruperto Charles Torres
Instructor


Dr. Jaime Montalvo Reyna
Director General



CENTRO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN PSICOLÓGICAS

El Centro de Atención y Prevención Psicológicas se orgullecen en entregar el presente



Chihuahua
Ayuntamiento 2007-2010
Unidos logramos más

Reconocimiento



A: SELENE DOMINGUEZ BOER

Por su asistencia al:

1er Encuentro Internacional de Psicoterapia.

Celebrado en el Marco del Tricentenario de la Ciudad de Chihuahua, Chih. México.

Octubre 6 - 9 del 2009.
Con valor curricular de 30 hrs.

Lic. Carlos M. Berruel Baquera
Presidente Municipal de Chihuahua.

Lic. Ana Julieta Colomo Arreola.
Directora CAPPSI.

Dra. Cloe Madanes, Dr. David Epston, Dra. Marcela Polanco, Dra. Martha Campillo, Dr. Erick Garcia, Dra. Evan Imber-Black, Dr. Lanscelles Black, Dr. Fernando Garcia, Dr. Giorgio Nardone, Dr. Jeffrey K. Zeig, Dra. Lilliana Borges, Dr. Juan Vives, Dr. Julio Vallejo, Dra. Leslie Sokol, Dra. Maggie Carey, Dr. Humberto Maturana, Dra. Ximena Davila



C.E.F.A.P.

extienden la Presente

Constancia

A:

SELENE DOMÍNGUEZ BOER

por su Asistencia al TALLER PRECONGRESO

**1er CONGRESO INTERNACIONAL
TERAPIA BREVE: Individuo - Pareja - Familia
EL CAMBIO QUE TRANSFORMA
TALLER PRECONGRESO 4 HORAS**

Guadalupe, Jalisco., México 29 de Octubre de 2009



Dr. Vicente Muniz Juárez
Coordinador del Congreso

Psic. Raymundo Calderón Sánchez
Jefe de Departamento Psicología UNIVA

Dr. José Oscar Atdana Torres
Portante



extienden la Presente

Constancia

A:

SELENE DOMÍNGUEZ BOER
por su Participación

**1er CONGRESO INTERNACIONAL
TERAPIA BREVE: Individuo - Pareja - Familia
EL CAMBIO QUE TRANSFORMA
25 horas**

Guadalajara, Jalisco., México 30, 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2009



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC

Dr. Vicente Muñiz Juárez
Coordinador del Congreso

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Psic. Raymundo Calderón Sánchez
Jefe de Departamento Psicología UNIVA



Dr. Felipe Gutierrez Gutierrez
Director General C.E.FA.P.

**Coordinación de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Coordinación**

En reconocimiento a su labor académica en este programa, se otorga la presente

CONSTANCIA

A:

SELENE DOMÍNGUEZ BOER

Quien cursó la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la generación 2009-I
demostrando su alto sentido de responsabilidad universitaria.

Ciudad Universitaria, México D. F. 01 de Junio de 2010

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
EL COORDINADOR



DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA
DE MAESTRIA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGIA