



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**CONSTRUYENDO LA DIVERSIDAD DE GÉNERO:  
UN CAMINO DE MÚLTIPLES POSIBILIDADES  
EN LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

**BEATRIZ BOLLÁS HERNÁNDEZ**

TUTORA:

MTRA. CAROLINA MARINA DÍAZ WALLS ROBLEDO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISORA:

MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CÓMITE TUTORIAL:

DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO, FES IZTACALA  
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN, FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. MARÍA DE LA LUZ ROCHA JÍMENEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F., DICIEMBRE 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



*A Leno y Gudis por enseñarme  
el valor del conocimiento  
e impulsarme a seguir superándome  
cada vez más...*

*A Oma y Ángel por estar conmigo  
cada vez que los necesito*

*A Roberto Sánchez  
por su inmenso apoyo y entusiasmo  
para concluir esta importante meta  
en mi vida profesional...*

*A mis amigas y amigos  
por formar parte  
de mis seres más queridos,  
que están de forma incondicional  
apoyándome...*







## *Agradecimientos*



*Agradezco a la Unam por brindarme un espacio para cumplir con esta meta en mi vida profesional. Asimismo a Conacyt por apoyarme económicamente en mis estudios de posgrado en esta casa de estudios de excelencia.*

*A mi tutora Carolina le doy gracias infinitas por darme su apoyo y comprensión en momentos difíciles para mí, así como estar cada vez que lo necesite, dándome su opinión y compartiéndome su valiosa sabiduría...*

*A mis maestros y maestras les estoy muy agradecida, no sólo por compartirme su amplia experiencia y cuantiosos conocimientos, sino también por abrir nuevos horizontes de aprendizaje y generar en mí el interés por la investigación, la terapia y la vida en general... Fue un gran orgullo formar parte de sus alumnas...*

*Agradezco:*

*A Nora Rentería, Miriam Zavala y Gerardo Reséndiz que me inspiraron a ser mejor terapeuta y me enseñaron la importancia de la humildad en la terapia...*

*A Sílvia Vite por apoyarme infinitamente en el proceso de titulación y alentarme a crecer en mi trabajo como terapeuta...*

*A mis compañeras y compañero de maestría, por compartirme su experiencia, conocimientos y enriquecerme con sus diversos puntos de*

*vista, fue agradable vivir la niñez con ustedes pero también aprovechar momentos para relajarnos y divertirnos.*

*A mis amigas Gina, Mine, Cintia, Alma y Lety por impulsarme a concluir esta importante etapa y ser un ejemplo de excelentes terapeutas y grandiosas mujeres...*

*¡De manera especial agradezco a Cinzia y Selene por su apoyo en los últimos pasos del presente trabajo!*

*A mis amigos y amigas que siempre estuvieron apoyándome y creyendo en mí, en las buenas y en las malas, Lillian, Rubén, Irma, Isabel, Yazmín, Tony, E. Chávez, Gustavo y Arturo apreció mucho su amistad y el hecho de que apoyen mis proyectos con el mismo entusiasmo que habita en mí...*

*Finalmente, pero altamente importante para mí, agradezco a mi familia por ser mis seres más significativos, sin los cuales no estaría en donde estoy y sin los cuales no sería quién soy, les quiero y les admiro enormemente...*

**Construyendo la diversidad de género:**  
*Un camino de múltiples  
posibilidades*



*En la terapia  
familiar sistémica*





# Índice



Introducción y justificación.....	1
<b>Capítulo I. Antecedentes y contexto de la terapia familiar.....</b>	<b>3</b>
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar .....	4
1.1. Características del campo psicosocial .....	5
1.2. Principales problemas que presentan familias .....	7
1.3. La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	11
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico .....	14
2.1. Descripción de los escenarios .....	14
2.1.1. Centro de Servicios Psicológicos”Dr. Guillermo Dávila”.....	14
2.1.2. Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”.....	16
2.1.3. Centro Comunitario “Los Volcanes” .....	18
2.1.4. Centro Comunitario “San Lorenzo” .....	19
2.1.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.....	22
2.1.6. Instituto Nacional de Rehabilitación .....	24
2.2. Explicación del trabajo y participación en los escenarios de trabajo clínico.....	27
<b>Capitulo II. Fundamentos Epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica.....</b>	<b>31</b>
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....	32
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna.....	32

1.1.1. Teoría general de los sistemas.....	32
1.1.2. Teoría de la comunicación.....	37
1.1.3. Cibernética.....	40
1.1.4. Constructivismo.....	44
1.1.5. Construcciónismo social.....	46
2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica y posmodernos.....	49
2.1. Modelo estructural.....	49
2.2. Modelo estratégico.....	56
2.3. Modelo de terapia breve centrado en los problemas.....	63
2.4. Modelo de terapia breve orientada a soluciones.....	73
2.5. Modelo de Milán.....	81
2.6. Modelos derivados del posmodernismo.....	98
2.6.1 Terapia Narrativa.....	101
2.6.2 El Equipo Reflexivo.....	109
2.6.3 Enfoque Colaborativo.....	116
<b>Capítulo III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.....</b>	<b>125</b>
1. Habilidades clínicas y terapéuticas.....	126
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico con familias.....	127
1.1.1. Caso 1. Familia Sánchez Román.....	127
1.1.2. Caso 2. Familia Velázquez Garnica.....	151
1.2. Análisis y discusión de un tema, caso de familia o modelo terapéutico que sea pertinente a los casos de las familias consultantes.....	172
1.3. Análisis del sistema terapéutico total.....	184
2. Habilidades de investigación.....	186
2.1. Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa.....	186
2.2. Reporte de investigación realizada usando metodología cualitativa.....	196
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.....	219
3.1. Productos tecnológicos.....	219
3.1.1. Curso de Inducción. 10 <sup>a</sup> Generación.....	220

3.1.2. Recopilación escrita de seminario de Terapia sexual sistémica.....	222
3.2. Programa de intervención comunitaria: “Ser Mujer No Significa Sufrir” ...	223
3.3. Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos realizados.....	228
3.3.1. Presentación en foros académicos.....	228
3.3.2. Asistencia a foros académicos.....	229
4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	230
4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.....	230
<b>Capitulo IV. Consideraciones finales.....</b>	<b>237</b>
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	238
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	243
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	244
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	246
<b>Referencias.....</b>	<b>249</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>261</b>



# Introducción y justificación



El presente texto fue elaborado a partir de la formación del Posgrado en Terapia Familiar, impartido por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En él se abordan las problemáticas actuales de la familia mexicana, haciendo patente la importancia de la Terapia Familiar como una alternativa para tratar los problemas de salud mental que se gestan en algunos de sus miembros. La relevancia de la Terapia Familiar Sistémica radica en que va más allá del entendimiento de una estructura intra-psíquica, posicionándose en una visión que toma en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el individuo, sus relaciones y la complejidad como una vía de hacer inteligible los fenómenos del comportamiento.

A partir de esta postura epistemológica se exponen dos casos terapéuticos, destacando la importancia en la construcción de la Diversidad de Género como un Camino de Múltiples Posibilidades. Asimismo, se presenta una investigación cuantitativa y otra cualitativa, donde se consideraron fenómenos sociales de relevancia en el estudio de las familias: aspectos que facilitan las relaciones de pareja, y la inteligibilidad de la juventud que no estudia y no trabaja. Además de un Proyecto de Intervención Comunitaria creado como un medio para abordar y de-construir los discursos sociales que conforman la identidad femenina.

La propuesta del tema “Construyendo la diversidad de género: un camino de múltiples posibilidades en la terapia familiar sistémica”, tiene por fin abrir un espacio que posibilite el análisis de los papeles que hasta ahora han sido asumidos y actuados sin oposición, pensados como naturales, no sólo en el sentido de género masculino y femenino, sino en general. La formulación y aplicación de la perspectiva de género en la Terapia Familiar es una forma de colaborar a la desconstrucción de los mitos y creencias que sostienen la violencia simbólica, por lo que el objetivo no es extinguir la figura de madre o esposa, sino coadyuvar a nuevas formas de relacionarse que permitan mayor libertad de acción, sin que

## Introducción y justificación

---

por ello se vea cuestionada la identidad personal de cada mujer o cada hombre en relación a los estereotipos tradicionales.

Se considera, además, que para afrontar un fenómeno se requiere de una visión compleja que observe el problema en todas sus aristas, teniendo en cuenta el uso de herramientas de conocimiento que puedan contribuir a historias alternas, es decir, posibilidades que ofrezcan condiciones menos coercitivas y limitantes para el desarrollo de capacidades y deseos personales. En este sentido, el lenguaje juega un papel importante que permite reflexionar y crear un proceso dialógico que hace visibles las formas coercitivas de un deber ser en la sociedad.

Se retoman los aspectos éticos que se requieren en toda práctica profesional, a partir de la cual se afirma un proceder en busca del bienestar de las personas. Así como la relevancia de las competencias profesionales adquiridas en la residencia de Terapia familiar sistémica y construccionista en las diferentes sedes en donde se realizaron prácticas de entrenamiento como terapeuta familiar.

# Capítulo I



## *Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar Sistémica*

*“Yo soy yo y mi circunstancia,  
y si no la salvo a ella no me salvo yo”  
“este sector de la realidad circunstante  
forma la otra mitad de mi persona:  
sólo a través de él puedo integrarme  
y ser plenamente yo mismo...”*

*Ortega y Gasset, 1914*



### 1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

La familia ha sido objeto de estudio para distintas disciplinas. Para las ciencias sociales, la familia representa una gran riqueza en la comprensión de fenómenos sociales, culturales y demográficos, pues en ella se producen diversas formas de comportamiento, se crean vínculos afectivos, sentimientos y conflictos, así como los primeros esquemas de autoridad en relación a la edad y género (INEGI, 1999). Arriagada (2004) considera que la familia es una construcción social de carácter histórico, una institución cuyas funciones dependen no sólo de sus relaciones internas (estructura), sino también del contexto social en el que se establece y se desarrolla.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 2012), refiere que la familia es el elemento natural y primordial de la sociedad y tiene derecho a la protección del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el que los individuos construyen una identidad a través de la transmisión y actualización de patrones de socialización.

Dentro del campo de la Terapia Familiar, la familia se concibe como un grupo de adscripción natural con personas unidas (o no) por lazos sanguíneos, cuya función es ser el primer grupo de convivencia que proporciona el sustento biológico y psicológico, necesario para el desarrollo de las potencialidades de sus miembros (Macías, 2012). Se piensa, además, como un sistema social integrado por individuos con funciones determinadas, que se desarrolla en un contexto o medio con el que intercambia información.

De acuerdo a Minuchin (1979), la familia como sistema sociocultural se desarrolla en etapas evolutivas que permiten una reestructuración en sus funciones, a fin de proporcionar el desarrollo psicosocial de los miembros que la integran; en relación con su medio se adapta y transforma de acuerdo a los cambios sociales, facilitando así una continuidad en la sociedad.

En la actualidad, por ejemplo, la evolución social, los procesos de organización de la sociedad, los programas de educación reproductiva, los avances tecnológicos, la urbanización y la modificación en las relaciones en las esferas de lo público y lo privado han

propiciado que las funciones que desempeñaba la familia se hayan ido modificando (García y Oliveira, 2006; INEGI, 1999).

Tanto las transiciones internas de la familia como aquellas relacionadas con la influencia del medio en que vive son motivo de interés de investigaciones científicas, que buscan alcanzar una comprensión sobre la organización de este sistema y la forma en que se gestan las problemáticas actuales, así como sus recursos y estrategias para afrontarlos. En este sentido, la Terapia Familiar adquiere un papel activo en el desarrollo de investigación, prevención y tratamiento de temas y problemáticas relacionadas a ella o a sus miembros. Los problemas clínicos pueden ser abordados desde la persona, la pareja o la familia bajo una visión integrativa, que toma en cuenta la interacción de las personas y los contextos (social, institucional, cultural, político, y económico) en que se desarrolla; así como los significados construidos local y culturalmente.

### **1.1. Características del campo psicosocial**

En las últimas décadas nuestro país, al igual que otros países de Latinoamérica, ha experimentado cambios sociodemográficos, económicos y culturales que han repercutido en la población, en el mundo laboral, en la composición de las familias y sus relaciones al interior de ellas. La condición social ha influido también en los roles y formas de participación social de hombres y mujeres con una tendencia a la equidad (García y Oliveira, 2006; INEGI, 2012a).

Por ejemplo, los procesos de reestructuración económica, generados a partir de la introducción de nuestro país en el mercado internacional, han facilitado una mayor participación de la mujer en el campo laboral pero al mismo tiempo han producido un decremento en las oportunidades de trabajo y una mayor vulnerabilidad social; los cambios sociodemográficos se manifiestan en la reducción de la fecundidad y el cambio de estructuras familiares; los avances en salud han ampliado la expectativa de vida; los programas de salud reproductiva y planificación familiar, aunado al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, se han reflejado en el inicio de la vida sexual a edades más tempranas, en la prolongación de la edad para acceder al matrimonio, en las diferentes formas de hacer pareja, así como en su durabilidad (García y Oliveira, 2006).

Estudios sobre la familia (García y Oliveira, 2006; Ordaz, Monroy y López, 2010) señalan cambios en la estructura y dinámica familiar. En México estas transformaciones se pueden apreciar principalmente en cinco tendencias: la diversificación en las estructuras y arreglos familiares, el incremento de familias de doble ingreso, el crecimiento de hogares con jefatura femenina, la reducción del tamaño de la familia y los cambios en los roles de género. La primera tendencia, sobre la diversificación en las estructuras y los arreglos familiares nos permite observar más de un modelo de familia: desde 1990 la diversidad en arreglos residenciales muestra nuevas composiciones familiares con estilos de convivencia determinados. Por ejemplo, se ha observado un incremento en los hogares unipersonales, extensos y de jefatura femenina. Las familias nucleares han tenido cambios en su estructura y han disminuido de un 74.5% a un 68.9 % entre los años de 1990 y 2005. En el 2010 INEGI reportó 64% de hogares nucleares, 24% de familias ampliadas, 1% de familias compuestas, 9% de hogares integrados por una sola persona y 1% de no especificados.

La segunda tendencia sobre el incremento de familias de doble ingreso, se debe en parte a la incorporación de la mujer al mercado laboral pero también a la precariedad en los salarios. En el año 2000 los hogares nucleares biparentales de doble ingreso ya abarcaban un 40%, de modo que el modelo tradicional de familia nuclear de padre proveedor y madre cuidadora da un vuelco a una familia nuclear de doble ingreso en el que la mujer y el hombre aportan económicamente, lo que trae consigo una mayor estabilidad económica pero también tensiones relativas a las tareas domésticas y de crianza (que culturalmente han sido asignadas a la mujer), así como tensiones relativas a la competencia laboral entre cónyuges.

La tercera tendencia se refiere al crecimiento de hogares con jefatura femenina a partir de la década de los noventa. Datos estadísticos muestran que en el año 2005 existían 23% de familias con de jefatura femenina en el país y en la Ciudad de México prevalecía el 28%. Por su parte, el censo del 2010 reveló un incremento a nivel nacional, reportando 25 % de mujeres jefas de familia. Lo que significa que en estas familias la responsabilidad de las tareas domésticas, de crianza y productivas, se realizan únicamente por la mujer. Algunas explicaciones de este incremento indican la muerte de la pareja y el aumento de divorcios, así como separaciones ocasionadas por tensiones relativas a cambios sociodemográficos.

Cabe señalar que aunque la presencia de jefatura masculina es menor, ésta también se ha incrementado a un 14.6%. Asimismo, la jefatura femenina en hogares biparentales pasó de un 2% a un 11% sin hijos y de 1% a 5.6% en hogares con hijos entre 1990 y 2005. Porcentajes que se han relacionado con factores económicos y sociales como falta de empleo o bajos salarios.

La cuarta tendencia indica la reducción del tamaño promedio de las familias. Para entender esta tendencia debemos considerar que los cambios demográficos y sociales han contribuido al descenso en la tasa de fecundidad, a la postergación para la vida en pareja y a la reducción en el número de hijos (Arriagada, 2004). Igualmente, el ingreso al mercado laboral y una mayor preparación profesional en las mujeres han influido en el número de hijos que desean tener, siendo el 2.2 el promedio de hijos por mujer.

La quinta tendencia, abarca las transformaciones en los roles de género y generacionales. En este sentido los cambios sociales y culturales han repercutido en las relaciones de género, destacándose entre ellos: la aceptación de la aportación económica de la mujer al hogar, la preocupación de ésta por una equidad en las tareas domésticas, la flexibilización en roles de género, las nuevas formas de ejercer la paternidad (desde el afecto y cuidado) y modificaciones en las trayectorias y ciclos de vida familiar. No obstante, es importante destacar que aún prevalece la inequidad en la toma de decisiones importantes para la familia y en las tareas del hogar, sobre todo en estratos sociales con bajos recursos económicos.

Estas tendencias nos dan cuenta de cómo la familia se ha visto trastocada por los cambios de la sociedad, traduciéndose en alteraciones en los estilos de vida familiar, a fin de adaptarse y cubrir las necesidades básicas y emocionales que les permitan tender al bienestar de sus miembros. Sin embargo, estos cambios también han representado la gestación de problemáticas en las personas o en las familias cuando no se cuenta con los elementos para manejarlas, ya sea porque el contexto en el que interactúan no les proporciona los recursos para resolverlos o porque la familia no cuenta con las herramientas para afrontar las

tensiones originadas por el medio. En el siguiente apartado se explicaran los principales problemas que afectan el bienestar psico-emocional de las familias y sus miembros.

### **1.2. Principales problemas que presentan las familias**

La familia mexicana ha tenido algunas transformaciones en su composición y en sus funciones. En la actualidad no se puede hablar únicamente del modelo familiar nuclear constituido por el padre, la madre y los hijos; tampoco podemos mantener la idea de que la desintegración familiar va en aumento sin considerar que en la evolución familiar se han dado arreglos familiares, muy distintos al modelo familiar manejado años atrás como funcional. Los cambios sociales, culturales y económicos han contribuido a una diversidad de familias en cuanto a su estructura y estilo de vida que, sin embargo, cubren las necesidades biológicas y afectivas de sus miembros.

No obstante de la composición, existen problemáticas que se han gestado en algunas familias, debido en parte a la situación social de precariedad y pobreza por la que atraviesa nuestro país, así como a los cambios culturales de nuestra sociedad. Al respecto Arriagada (2002) considera que la familia es refugio ante condiciones de crisis en el ámbito laboral (desempleo); de la salud (muerte, enfermedades crónicas y muertes); de la educación y violencia; pero también es un espacio que puede activar situaciones de inseguridad y vulnerabilidad debido a las tensiones externas en que se desarrolla.

Al respecto, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Familiar (2007) refiere que una quinta parte de familias reporta que es poco o nulo el cariño que se prodiga al interior de la misma. Asimismo, hay poca cohesión entre sus miembros, por lo que se presentan problemáticas relacionadas a la crianza, a la autoridad frente a los hijos, a la comunicación familiar, a problemas con la pareja, infidelidad, divorcios, adicciones y otros relacionados con asuntos económicos y de migración.

De acuerdo a estudios dirigidos por la Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS, 2011) la disfunción familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, sumados a contextos de pobreza y exclusión social, inciden en gran medida en problemas de salud mental, entre

ellos, el aumento de violencia y consumo de drogas. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica que los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (50%) (Medina, et al., 2003), siendo los más frecuentes los problemas de aprendizaje, el retraso mental, los trastornos de ansiedad y por déficit de atención, la depresión, las adicciones y el suicidio (OPS y OMS, 2011).

Por su incidencia, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, (Medina et al., 2003) refiere que los trastornos de ansiedad se presentan en un 14.3% (en la algún momento de la vida de las personas), el uso de sustancias en un 9.2%, los trastornos afectivos en un 9.1%, los trastornos de la conducta en 6.1%, la dependencia al alcohol con 5.9%, la fobia social un 4.7% y el Episodio depresivo mayor 3.3%. Siendo más vulnerables los hombres, así como los individuos que presentan alguna enfermedad crónico-degenerativa, lo que representa un riesgo si se considera que en el 2010 fallecieron 82,694 habitantes por diabetes mellitus; mientras que en el 2011 la cifra fue de 80,788, según reporto INEGI.

En cuanto a la depresión, es considerada la principal causa mundial de discapacidad, afecta 350 millones de personas a nivel mundial, principalmente a mujeres. Por lo que requiere de una atención eficaz debido a que puede conducir a un mayor sufrimiento, alterando las actividades laborales, escolares y familiares de las personas que la padecen. En el peor de los casos puede conducir al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. En México, por ejemplo, se reportaron 5 mil 718 suicidios con una prevalencia de 80.8% de hombres y 19.2% de mujeres. Además, se observa una tendencia creciente en la tasa de suicidios (de 1990 a 2011 pasó de 2.2 a 4.9). En 2011 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2011b). Asimismo, cabe señalar que este fenómeno se relaciona con factores diferenciados de acuerdo al grupo de edad (económicos, laborales, consumo de drogas, depresión, entre otros).

Otro problema de salud que enfrentan las familias mexicanas es el consumo de drogas, el cual repercute en gran magnitud, ya que abarca la producción, tráfico, distribución, consumo y dependencia, afectando no sólo a los consumidores, sino a los residentes en general y ocasionado fuertes problemas de salud a los usuarios, tales como lesiones,

enfermedades infecciosas y crónicas, adicción a las sustancias, así como expresiones de violencia y delincuencia.

En México la marihuana es la droga de mayor consumo (80%); los inhalables han presentado periodos de incremento y decremento (0.83% en el 2008) pero constituyen una preocupación por ser la droga de inicio que prevalece hasta los 15 años. Al respecto, la adolescencia representa una etapa de riesgo pues 65% de este sector de la población ha consumido alguna droga. Los hombres presentan mayor incidencia y el riesgo aumenta de 3 a 10 veces cuando existe ansiedad o depresión (Medina, Real, Villatoro, Natera, 2013). Sin embargo no sólo las drogas ilegales representan un problema, el alcohol y el tabaco son drogas legales que también repercuten en la calidad de vida de quien la consume y de las personas con las que se convive, lo que hace necesaria una intervención terapéutica individual y familiar en los tratamientos por adicción. Las drogas, además, constituyen un problema social que se retroalimenta constantemente, por lo que se requiere un trato multidisciplinario y en distintos niveles para afrontar las situaciones negativas que generan.

Por otra parte, los actos de violencia son un tema recurrente en las familias mexicanas. Las mujeres, los niños, los discapacitados y adultos mayores son los más vulnerables a vivir violencia. En nuestro país, datos de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, elaborada por INEGI en la ciudad de México en 1999, indicaron que 18% de los menores de 18 años viven en familias con violencia. En el 2000 y 2003 se refiere que 28% de los niños entre 6 y 9 años vivía violencia, 9% entre 10 a 13 años y 10% entre 14 a 17 años. En la consulta del 2003, 28% de los infantes de 6 a 9 años afirmaron ser tratados con violencia física y 14% reportaron ser insultados en el hogar (Cacique, 2012: INEGI, 2012a).

La violencia contra la mujer, es considerada un problema de salud en el que no interviene el nivel socioeconómico, siendo la principal causa de muerte y discapacidad en mujeres entre los 15 y 44 años de edad. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2007) ratifica que la violencia de pareja destaca sobre las demás formas de violencia, afectando a 35% de las mujeres a través de violencia física (10.2%), emocional 26.6%, sexual 6% o económica 20% (Cacique, 2012). En el año 2011 la ENDIREH reportó que de 24 569 503 casadas o unidas de (15 años de edad o más), 11 018

415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, mientras que 8 237 502 vivieron violencia durante los últimos 12 meses previos a la entrevista (INEGI, 2011a), constituyendo una muestra de la importancia de abordar esta problemática dentro de la Terapia Familiar.

La separación y el divorcio en parejas es otro fenómeno en aumento, que implica fuertes conflictos, que repercuten emocionalmente en los miembros de la pareja y en los hijos, así como en la relación entre padres e hijos, en la estabilidad económica y en los arreglos para la custodia y sostén. Al respecto, INEGI reporta un incremento de divorcios de 7.4% en el 2000 a 13.9% en el 2008.

Por último, la discapacidad es otra condición que se asocia a problemas en la autoestima de la persona y a tensiones en la dinámica familiar. Según cifras del INEGI en el año 2010, 5 millones 739 mil 270, habitantes presentaban algún tipo de discapacidad, lo que significa que 5.1% del censo total posee una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar en distintos ambientes sociales están expuestos a una falta de participación plena y desigualdad de condiciones en comparación con el resto de los ciudadanos.

Los datos antes señalados permiten una idea general de las principales problemáticas que presentan las familias independientemente de cómo estén constituidas. Sin bien es cierto que el cambio en las estructuras familiares ha conllevado a algunas dificultades (en algunos casos), ello no significa que por sí mismo un tipo de familia sea patológica o disfuncional. Los problemas por los que acuden las familias a consulta van más allá de una disfuncionalidad originada necesariamente por el tipo de familia (monoparental, reconstituida, con padres separados, etc.), considerar sólo esto sería caer en una explicación simplista. Por el contrario, los retos que han traído las transformaciones en la sociedad, han sido de gran impacto para algunos sectores de la población en particular, acentuando algunas de las dificultades económicas, sociales y psicológicas, lo que requiere de políticas efectivas por parte del Estado. Los servicios de salud se enfrentan a crecientes cifras de personas que requieren de atención especializada y eficaz pero sobre todo accesible para



todos, por consiguiente es necesario contar con terapeutas capacitados en la atención familiar tanto a nivel público como privado.

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

La Terapia Familiar Sistémica surge en la década de 1930 como una inquietud por abordar los problemas más allá del individuo. En ese entonces la psicoterapia centraba su trabajo generalmente en el sujeto, bajo la concepción de problemas intra-psíquicos. Sin embargo, la falta de éxito con algunos pacientes, sobre todo por recaídas relacionadas con el entorno familiar, propicio el interés de incluir a la familia en el trabajo terapéutico e iniciar investigaciones sobre familias con un miembro sintomático.

La idea conductora consistía en que en la familia se encontraban los miembros significativos para la persona que asistía a terapia, así como las interacciones que sostenían el problema, por lo que partir de ello se establecieron las primeras investigaciones referentes a la organización y estructura familiar que dieron origen a diversos modelos de Terapia Familiar: el Modelo Estructural de Salvador Minuchin, la Terapia Estratégica de Haley, el Modelo del grupo de Milán, los modelos de Terapia Breve centrada en el problema y en las soluciones.

Modelos de Terapia Familiar que concebían a la familia desde el marco de la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, las aportaciones de Gregory Bateson (entre ellas la Teoría del doble vínculo) y la influencia de Milton Erickson. De esta manera, los modelos de Terapia Familiar Sistémica quedaron constituidos como una opción terapéutica novedosa y breve, que hoy en día permiten no sólo la intervención en la familia como un sistema, sino también en los diferentes sistemas y subsistemas familiares con el propósito de incidir en un mejor funcionamiento.

En la actualidad, la Terapia Familiar Sistémica, provee la comprensión de diversos problemas psicológicos, desde un abordaje que toma en cuenta las interrelaciones que ocurren en distintos sistemas sociales.

El análisis del comportamiento humano desde la interacción continua con el contexto y la mutua determinación entre ambos, ha permitido vislumbrar el proceso de cambio y

retroalimentación que ocurren en las relaciones. Asimismo, la Cibernética de segundo orden aporta el entendimiento del terapeuta como observador en el sistema y su participación en el sistema observado, lo que permite explicar cómo influyen los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana y en el trabajo terapéutico.

Sumado a ello, con la posmodernidad surgen nuevos postulados epistemológicos que traen consigo un enriquecimiento para la Terapia Familiar Sistémica. El posmodernismo hace un cuestionamiento sobre la construcción de la realidad, la construcción de los significados y el uso del lenguaje en la experiencia humana. Bajo este entendimiento epistemológico, surgen nuevas alternativas terapéuticas (Terapia Narrativa, Colaborativa, Equipos de Reflexión) que consideran las aportaciones del constructivismo y el construccionismo social. Terapias que buscan posturas de mayor horizontalidad y privilegian la co-construcción conjunta (terapeuta-consultante) de posibilidades y alternativas al problema que aflige a la familia o sistema consultante.

Las terapias posmodernas al considerar que la realidad es una construcción social, reconocen la presencia de múltiples realidades y la importancia de los relatos locales, sin necesidad de privilegiar alguno y permitiendo de esta manera valorar a todas las voces de la familia o de aquellos discursos que han sido sometidos por verdades dominantes que limitan la vida de las personas, impidiendo que transiten a formas más evolucionadas. En este sentido la terapia considera que el individuo posee recursos por lo que se confía en su capacidad para participar en la solución de sus problemas.

A partir de esto podemos comprender la importancia de la Terapia Familiar para la solución de diversos conflictos que merman el bienestar emocional. Los diferentes modelos de terapia han continuado evolucionando y por ello son aplicables de manera eficaz en sistemas individuales, en parejas, familias, equipos de trabajo, contextos escolares o institucionales.

Los modelos de Terapia breve, por ejemplo, ofrecen tratamientos cortos y eficaces a una diversidad de problemas, sean sexuales, de ansiedad, fobias o adicciones, proporcionan una solución rápida y accesible a estratos de la población de bajos recursos económicos que se ven impedidos a pagar terapias prolongadas. Además, conforman una herramienta de

conocimiento para el profesional de gran relevancia ante el alto índice de demanda de servicios psicológicos en las instituciones públicas de salud mental.

Por su parte, las terapias posmodernas constituyen una opción eficaz para el trabajo con diversas temáticas, entre ellas la depresión, la violencia, el abuso sexual, las fobias, por mencionar algunas, permitiendo desarrollar un ambiente de inclusión en la solución del problema e incentivando el reconocimiento de un self más enriquecido en los consultantes.

Así, cada modelo muestra aspectos útiles para la solución de diversas problemáticas. En nuestro país por ejemplo, se enfrentan problemas relacionados a la pobreza, la educación y la salud, lo cual hace necesario, desde nuestro campo de acción profesional, una intervención que considere los recursos de las familias y les permita vislumbrar las potencialidades con las que cuentan, así como las posibilidades o alternativas para la solución de sus problemas.

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

La Residencia en Terapia Familiar (UNAM, 2012) tiene como propósito formar profesionales con un enfoque sistémico y constructorista, el cual permite abordar diversos problemas que se presentan desde un enfoque relacional.

Dicha formación requiere el desarrollo de habilidades y competencias clínicas en el terapeuta en formación, por lo que en la Maestría se destinaron actividades relacionadas a la adquisición del conocimiento y la aplicación de los modelos de terapias. La práctica de los modelos (relacionados a la estructura, al proceso y a la construcción de significados) se realizó en Centros Comunitarios e Instituciones, designadas por la Facultad de Psicología como escenarios clínicos, de enseñanza y práctica profesional, de servicio a la comunidad, de investigación y difusión universitaria.

#### **2.1. Descripción y análisis sistémico de los escenarios**

La Residencia en Terapia Familiar cuenta con sedes externas e internas como parte de la preparación y desarrollo de competencias clínicas de sus alumnos a fin de contribuir al desarrollo humano, la calidad de vida y el bienestar de los mexicanos. A continuación se presenta un análisis que describe y explica la forma de trabajo en cada uno de los escenarios en donde se realizaron actividades clínicas y comunitarias.

**2.1.1. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"**

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (ubicado en Av. Universidad 3004, en la Facultad de Psicología, sótano del edificio "D") se inauguró oficialmente el 8 de mayo de 1981 y fue el primer Centro de atención Comunitaria de la Facultad de Psicología de la División de Estudios de Posgrado que adquirió su autonomía en 1983,

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" actualmente forma parte de la Coordinación de los Centros de servicios de la Comunidad Universitaria y el sector social. Su diseño consiste en una sala de espera, una recepción, 12 cubículos de atención terapéutica, 6 cámaras de Gesell con equipo de audio y video-grabación, espejo unidireccional, intercomunicador y mobiliario (sillas, sillones, mesas) para realizar actividades de enseñanza y aplicación de trabajo terapéutico.

Una de las principales funciones de este centro es la formación práctica de alumnos de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología por medio de la atención psicológica supervisada. También tiene como propósito ser un espacio propicio para desarrollar proyectos de investigación y programas de intervención a la comunidad universitaria y al sector social. La siguiente figura (Fig. 1) indica los lineamientos de trabajo del Centro, la población que acude, las principales problemáticas y servicios que ofrece.

Misión	Visión	
Contribuir a la formación y actualización de los estudiantes de Psicología a través de programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.	Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.	
Población		
Estudiantes pertenecientes a la universidad y al sector social en general. Niños, adolescentes adultos, en forma individual, grupal, de pareja y familiar.		
Problemáticas	Servicios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la alimentación</li> <li>• Víctimas de abuso sexual</li> <li>• Maltrato infantil</li> <li>• Adicciones</li> <li>• Psicoterapia en línea</li> <li>• Peritaje psicológico</li> </ul>	Programas	Terapia
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres</li> <li>• Tratamiento de adicciones</li> <li>• Enfermedad cardiovascular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanística</li> <li>• Sistémica</li> <li>• Psicodinámica</li> <li>• Terapia Narrativa</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor crónico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cognitivo-Conductual</li></ul>
--	---	--

*Figura 1. Lineamientos de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*

El Centro busca proporcionar servicios de calidad a las personas que solicitan servicios psicológicos, a la par que los alumnos procuran un entrenamiento profesional. En otras palabras, constituye un proceso recursivo en el que los terapeutas en formación de las distintas maestrías, adquieren la competencia clínica, a través de la supervisión especializada. Mientras que los usuarios del servicio se benefician y el Centro optimiza sus procesos de trabajo.

La solicitud de atención psicológica del Centro de Servicios Psicológicos consiste en el contacto telefónico o personal para el llenado de la solicitud del servicio. Posteriormente las solicitudes son analizadas por un equipo de profesionales, para valorar si se cuenta con programas adecuados para la problemática manifestada y disponibilidad de espacio para atender la solicitud de servicio, se programa una entrevista y las evaluaciones pertinentes para conformar un expediente clasificado en áreas de atención conforme a las residencias.

### **2.1.2. Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”**

El Centro comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” forma parte de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Ha proporcionado a estudiantes de la Facultad de Psicología, por más de 25 años, la posibilidad de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en un escenario con problemáticas específicas por medio de la formación práctica en un servicio comunitario.

El Centro Comunitario se encuentra situado en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán perteneciente al D.F. Proporciona servicios comunitarios a más de siete colonias, incluyendo entre ellas la Ajusco-Coyoacán, Candelaria, Gustavo Díaz Ordaz, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Santa Úrsula, Coapa y Santo Domingo.

La zona en donde se ubica el Centro de Servicios Psicológicos “Julián MacGregor y Sánchez Navarro” se fundó por migrantes de otros Estados del país y de la Ciudad de México, por lo que muchos de sus pobladores tienen orígenes indígenas. Esta zona, conocida como “los pedregales de Coyoacán”, se caracterizó en los años cincuenta por entablar movimientos de

pobladores de las colonias populares con el propósito de lograr una organizaron para regular los predios de sus terrenos y la instalación de servicios básicos, lo que contribuyó a que hasta ahora exista un fuerte sentimiento de pertenencia a la comunidad.

En la actualidad el centro cuenta con 8 cubículos amueblados, una sala de lectura, una sala de juntas, sala de usos múltiples, sala de cómputo, cocina, dos cámaras de Gesell, dos espacios terapéuticos con equipo de circuito cerrado y grabación, sanitarios para usuarios y para personal.

El centro comunitario tiene como propósitos profesionalizar a los estudiantes de licenciatura y posgrado como parte de alguno de los programas de la Facultad, contribuir a la formación en la práctica clínica, ser un espacio para realizar el servicio social y estudios de tesis. Asimismo, busca proporcionar servicios a la comunidad que partan de las problemáticas específicas de la localidad; crear y desarrollar programas preventivos o de intervención, dirigidos a infantes, adolescentes, adultos y adultos mayores. La Figura 2 muestra los lineamientos institucionales del Centro, así como las características de los habitantes y problemáticas que presenta.

Misión		Visión	
Brindar a las y los estudiante de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.		Lograr que a través de la profesionalización del estudiante de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.	
Población			
Habitantes de colonias aledañas al Centro Comunitario, pertenecientes a sectores con bajos recursos socio-económicos y formación escolar de primaria.			
Problemáticas		Servicios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De pareja: separación, comunicación, infidelidad</li> <li>• Familiares</li> <li>• Violencia familiar y en la pareja</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Depresión</li> </ul>	Programas	Otros	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud</li> <li>• Prevención de adicciones</li> <li>• Género y violencia</li> <li>• Psicología escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación psicológica</li> <li>• Psicoterapéuticos</li> <li>• Cursos</li> <li>• Talleres</li> <li>• Grupos de reflexión</li> </ul>	

Figura 2. Lineamientos de trabajo del Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro”.

Los servicios que proporciona el Centro, incluyendo el terapéutico, consisten en establecer un primer contacto, sea por canalización, conocimiento del centro, acudiendo directamente o vía telefónica. Posteriormente, se hace un registro en una agenda donde se especifica el motivo de consulta y a quién está dirigida la terapia. Los pacientes que han quedado registrados en la lista de espera son identificados por los terapeutas para asignar la primera entrevista y abrir un expediente que incluye: ficha de admisión, estudio socioeconómico, consentimiento informado, formato de canalización (de ser necesario) y registro de sesiones. Al consultante se le proporciona un carnet con el nombre del terapeuta, fecha y hora de las citas.

Las cuotas de recuperación no son cobradas por las y los terapeutas, sino por la persona encargada en recepción de esta labor. Al terapeuta corresponde únicamente expedir una orden de pago.

### 2.1.3. Centro Comunitario “Los Volcanes”

El Centro Comunitario “Los Volcanes” surgió por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en los pobladores del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Se encuentra ubicado en calle Volcán Fujiyama, esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F. Teléfono: 5655-9196. El Horario de atención: lunes a viernes de 10:00 a 15:00 hrs.

Su objetivo primordial es contribuir a la formación profesional de los estudiantes, a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Misión	Visión
Ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población	Desarrollar un Centro de Atención Psicológica con psicólogos que realizan una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes

que acude al Centro Comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, fomento de la salud e investigación clínica comunitaria.	de la comunidad en el sentido de contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades de salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.	
<b>Población</b>		
Adultos mayores, adultos, adolescentes, familias pertenecientes a colonias cercanas con características de bajos recursos socio-económicos y preparación escolar.		
<b>Problemáticas</b>	<b>Servicios</b>	
Desintegración familiar y violencia Adicciones Depresión Duelo Proceso de divorcio Abuso sexual infantil Problemas de aprendizaje Problemas emocionales Problemas de conducta	<b>Programas</b>	<b>Otros</b>
	Clínico asistencial Supervisión clínica Programa de Servicio Social Programa de Prevención Prácticas Profesionales y Voluntarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención clínica</li> <li>• Evaluación y orientación Piscodiagnóstico</li> <li>• Psicoterapia</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Conferencias</li> <li>• Cine debate</li> <li>• Talleres</li> </ul>

*Figura 3. Lineamientos de trabajo del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.).*

Estos programas de atención a la comunidad son atendidos principalmente por estudiantes de servicio social bajo supervisión clínica, los que consisten en entrevistas de evaluación individual y familiar, psicodiagnóstico, psicoterapia (breve, de juego, intervención en crisis), orientación individual y familiar, canalización a instituciones y seguimientos de casos. La supervisión clínica es una de las actividades fundamentales del Centro y se realiza tanto individual como colectivamente.

Por su parte, algunas actividades del Programa de Prevención radican en conferencias, talleres, cine debate, etcétera. De esta manera los programas que conforman este Centro posibilitan actividades de docencia, formación profesional y servicio social, que toman en cuenta las necesidades de atención y la solución a problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario.

#### **2.1.4. Centro Comunitario “San Lorenzo”**

El Centro Comunitario “San Lorenzo” surge gracias al patronato de la Fundación “Luz Bringas” y del patronato “Ma. de los Ángeles Hagenbeck”, mismos que decidieron fusionar sus Instituciones a efectos de reducir los costos administrativos y lograr una mayor



efectividad en las obras, por lo que en el año 1992, nace la “Fundación Bringas Haghenbeck, IAP”.

La Fundación busca una participación activa en el desarrollo y bienestar social en ciertos sectores de la población mediante la creación, sostenimiento, promoción y apoyo a establecimientos de atención a niños, jóvenes y personas de la tercera edad, tales como Escuelas, Residencias, dispensarios y Centros Comunitarios. Asimismo, contempla el otorgamiento de becas, subsidios y pensiones a personas de escasos recursos. Al respecto, tres aspectos que considera para cumplir sus propósitos benefactores son:

- El educativo, cuyo objetivo fundamental es coadyuvar (con apoyo de los padres) en la educación y formación de sus hijos. Se trabaja en el desarrollo de su creatividad y autosuficiencia fomentando valores para su formación integral.
- La tercera edad, aspecto donde se busca proporcionar a familias, en crisis y con dificultades para albergar a sus miembros mayores, una solución digna que corresponda a un estilo de vida en familia como una opción que asegure un ambiente positivo para su desarrollo, crecimiento, armonía y paz interior.
- Salud, tiene por objetivo fomentar y promover en la comunidad la enseñanza de hábitos de higiene, de nutrición, así como la prevención y tratamiento de enfermedades, a fin de promover bienestar físico, mental y espiritual. Además, con la promoción del deporte se pretende evitar que los jóvenes caigan en problemas de drogadicción.

De manera específica, el centro comunitario “San Lorenzo” surge como una alternativa ante el incremento en los últimos años de los problemas sociales asociados al desarrollo del ser humano y a su salud mental. Por lo que fue importante promover y asegurar que la población en general tuviera acceso a servicios de calidad en salud mental. La intención del Centro es fomentar el desarrollo pleno e integral, contribuyendo a las capacidades y potencialidades de los individuos. Por lo que el centro ha implementado actividades de prevención e intervención oportuna con un adecuado tratamiento a las problemáticas

presentadas en la delegación Iztapalapa. La Figura 4 muestra la visión, misión y principales problemáticas y servicios que ofrece el Centro.

Misión	Visión
Participar activamente en el desarrollo y bienestar social de diversos grupos o sectores de la población.	Mediante dispositivos de intervención psicológica tanto a nivel individual como a nivel grupal y comunitario, coadyuvar a una solución integral de los problemas que presenta la población.
Población	
Adultos, adolescentes e infantes pertenecientes a la delegación Iztapalapa o zonas aledañas.	
Problemáticas	Servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia</li> <li>• Abuso y violencia sexual</li> <li>• Problemas emocionales</li> <li>• Deserción escolar</li> <li>• Problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar</li> <li>• Depresión</li> <li>• Alcoholismo y drogadicción</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educativos</li> <li>• Médicos</li> <li>• Psicológicos</li> <li>• Deportivos</li> <li>• Recreativos</li> <li>• Culturales</li> <li>• Talleres y cursos de verano</li> <li>• Capacitación</li> <li>• Ludoteca y biblioteca.</li> </ul>

*Figura 4. Lineamientos de trabajo del Centro Comunitario San Lorenzo.*

El área de Psicología del Centro Comunitario “San Lorenzo” se encuentra ubicada en la entrada correspondiente a Calle Estrella casi esquina con San Lorenzo, a un lado del área de Atención Médica y del Laboratorio El Chopo. Cuenta con una oficina, siete cubículos para atención de pacientes de forma individual o familiar, un espacio para psicoterapia grupal, talleres o pláticas, sala de espera para pacientes, sala para terapeutas y recepción.

La coordinación cuenta con una persona de apoyo en la recepción; tres psicoterapeutas en nómina; personal remunerado con ayuda económica para transporte; voluntarios y residentes de maestrías de la UNAM de Terapia Familiar Sistémica, Psicoterapia con Adolescentes y Psicoterapia Infantil.

El coordinador del área de psicología es el responsable de supervisar y apoyar el trabajo de todo el personal, tanto en su aspecto administrativo como en lo referente a la intervención clínica, adicionalmente participa como psicoterapeuta. El personal de recepción se encarga de realizar el primer contacto con los pacientes, les brinda información respecto al tipo de atención, la cuota, y el procedimiento para recibir el servicio.

Para la solicitud del servicio se requiere acudir de forma personal a la recepción del área de psicología en un horario de lunes a viernes de 10:00-19:00 horas. Posteriormente la Coordinación de Psicología se comunica vía telefónica e indica el día y hora para la entrevista de primera vez, en la que se valora el tipo de servicio terapéutico que requiere el paciente. Una vez detectadas las necesidades de tratamiento terapéutico y la modalidad (individual, de pareja o familiar) se agenda la cita con el terapeuta que atenderá el caso. En la primera sesión, se informa al paciente sobre las condiciones del servicio, el costo, el reglamento y el consentimiento informado.

Los servicios tienen un costo, ya que se pretende que el Centro Comunitario sea auto sustentable. Sin embargo, es una cuota de recuperación acorde a las posibilidades económicas de los que solicitan el servicio.

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

El hospital Psiquiátrico Infantil tiene como antecedente histórico el Manicomio General de México, construido a principios de este siglo (1910) y albergaba en sus pabellones a mujeres, hombres y niños, sin una diferenciación clara de acuerdo a la edad y al proceso psicológico. Después de años, se logró separar a los niños de los adultos. El siguiente paso importante, fue la división de los niños en diferentes pabellones según su padecimiento, entre estos pabellones se encontraba el “Pabellón de Psiquiatría Infantil”, el cual representó un gran paso en el progreso de la atención psiquiátrica infantil.

Sin embargo, el paso más significativo fue la construcción del hospital psiquiátrico para la atención de los adultos. De esta manera, lo que anteriormente había sido el Pabellón de Psiquiatría Infantil del “Manicomio de la Castañeda”, se transformó en el Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro fundado el 24 de Octubre de 1966. Este día se convirtió en una fecha histórica para la psiquiatría en México.

Desde su inauguración, el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro inició sus actividades con el objetivo de impartir atención integral al enfermo mental menor de diecinueve años de edad, de ambos sexos, que no se encontrara protegido por los sistemas de seguridad social, especialmente de escasos recursos económicos para después readaptarlo a su medio familiar y social.

## Capítulo 1

Actualmente los objetivos del Hospital se han ampliado y organizado en tres niveles: 1) atención primaria, que consiste en la promoción de la higiene mental y la protección específica de los diferentes padecimientos; 2) atención secundaria, encaminada al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno y; 3) atención terciaria, que corresponde a la rehabilitación, tanto psicomotriz como de readaptación social. Esta atención se proporciona de manera continua e integral.

Además, el modelo interdisciplinario, base del funcionamiento del Hospital, se ha perfeccionado a lo largo de más de dos décadas y se concentra en los diferentes servicios de: psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, aunado a los diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación en apoyo al infante. Cabe puntualizar que esta prestación de servicios médicos-psiquiátricos obedece a la Norma oficial NOM-025-SSA-1994, por lo que el Hospital cuenta con las instalaciones apropiadas para atender a los pacientes. El siguiente cuadro muestra las áreas de servicio con las que cuenta y explica en qué consisten.

Áreas	Función	Servicios
Admisión y Urgencias	Evaluar a los pacientes de primera vez y asignar el servicio que se encargará de dar seguimiento y tratamiento.	Evaluación para establecer un diagnóstico. Proporciona atención las 24 horas, los 365 días del año
Consulta Externa	Atención a menores con alteraciones específicas de una o varias áreas de desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de las emociones (ansiedad, fobias, ataques de pánico, depresión y reacciones de adaptación social).</li> <li>• Trastornos de conducta (déficit de atención, hiperactividad y alteraciones en el aprendizaje).</li> <li>• Problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.</li> <li>• Trastornos generalizados del desarrollo como es el autismo</li> <li>• Psicosis en sus diferentes manifestaciones.</li> </ul>
Hospitalización	Consta de tres unidades de servicio integral a menores de 19 años, que ameritan manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda de su	<b>1. Unidad de PAIDEIA.</b> (Programa de Atención Integral a Niños Adolescentes con problemas de Fármaco-dependencia). Se atiende a niños con un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica. Los pacientes tienen diversas actividades como educación física, terapia ocupacional, además de las propias de su tratamiento

	<p>padecimiento: psicosis de diferentes tipos (tóxicas, orgánicas); agitación psicomotriz; trastornos de conducta y personalidad; depresiones severas; retraso mental, entre otras.</p>	<p><b>2. Unidad de Adolescentes Varones, UAV.</b> Trata a pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren hospitalización para su manejo. Estos pacientes tienen un rango de edad entre doce y diecisiete años once meses, y el promedio de estancia es de 30 días.</p> <p><b>3. Unidad de Adolescentes Mujeres</b> que brinda la misma atención que la UAV.</p> <p><b>4. Unidad de cuidados prolongados.</b> Trata a pacientes que por diferentes razones han quedado bajo los cuidados del hospital, sin tener visitas de sus familiares.</p>
--	---	---

*Figura 5. Las funciones básicas del Hospital Psiquiátrico Infantil.*

El Hospital además promueve actividades de enseñanza e investigación que se realizan de acuerdo con los principios de la ética médica, la Ley Federal de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, así como en la aplicación de la Norma Internacional de Protección de las Personas que padecen Enfermedades Mentales.

Los requisitos para la obtención de servicios pueden ser de atención de primera vez para pacientes menores de 18 años; atención de urgencias (24 hrs. del día, los 365 días del año) y consultas no urgentes, asignadas mediante 20 fichas (a las 6:00 a.m. de lunes a viernes). Para solicitar atención se puede acudir de manera espontánea (por voluntad propia de familiares o paciente) o por indicación de alguna institución académica o de salud.

#### **2.1.6. Instituto Nacional de Rehabilitación**

El instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es producto de la fusión realizada el 7 de Agosto de 1997, de varias instituciones: el Instituto Nacional de Comunicación Humana, el Instituto de Medicina de Rehabilitación y el Instituto de Ortopedia. El INR, surge como un órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud, único en su género tanto a nivel nacional como a nivel Latinoamérica.<sup>24</sup>

Las actividades principales del Instituto Nacional de Rehabilitación residen en el tratamiento y rehabilitación de la discapacidad en sus diferentes modalidades. Su objetivo es impulsar acciones preventivas de la discapacidad, así como mejorar la atención a ésta, al proporcionar servicios de calidad, mediante la aplicación de conocimientos científicos

avanzados y el uso de tecnología de punta, buscando incidir de manera integral en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales.

Por otra parte, se pretende la formación y capacitación de recursos humanos para la rehabilitación y el desarrollo de investigación científica que permita un mayor conocimiento del fenómeno de la discapacidad a nivel epidemiológico, preventivo, fisiológico, familiar y social. La misión, visión, servicios y principales problemáticas que considera el INR se muestran en la Figura 6.

Misión	Visión
Apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad por medio de servicios de rehabilitación, de capacitación de personal e investigación científica.	Ser líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas. Con especialidades médicas, clínicas y tecnologías altamente calificadas y certificadas a nivel nacional e internacional.
Población	
Aquella que sufre algún tipo o grado de discapacidad	
Problemáticas	Servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedades o secuelas del:</li> <li>● Aparato locomotor</li> <li>● Audición</li> <li>● Voz</li> <li>● Lenguaje</li> <li>● Aparato cardiorrespiratorio, etc.</li> <li>● Lesiones deportivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulta externa</li> <li>● Urgencias</li> <li>● Especialidades médicas</li> <li>● Psicología</li> </ul>

Figura 6. Lineamientos de trabajo del Instituto Nacional de Rehabilitación.

El INR brinda su servicio bajo 9 especialidades médicas distintas, a continuación se describen:

1. *Audiología*: ofrece atención a pacientes con discapacidad auditiva, acufeno u otra sintomatología audiológica para establecer el diagnóstico, el tratamiento médico o de rehabilitación, independientemente de la causa.
2. *Foniatría*: abarca actividades de docencia e investigación en patología de la voz, habla y deglución. Se enfoca en problemas de la voz, trastornos motores del habla y del ritmo del habla. Además, realiza actividades de apoyo altruista (valoraciones médicas individuales) a la Asociación Mexicana de Laringectomizados.

3. *Patología del lenguaje*: proporciona asistencia a pacientes con alteraciones en el lenguaje verbal o escrito, brinda capacitación a otras áreas de audiología y foniatría y realiza investigación en problemas y alteraciones en la adquisición del lenguaje, afasias y alexias.
4. *Ortopedia*: consiste en 13 sub-áreas de servicio: cirugía de columna, cirugía de mano, deformidades neuromusculares, infecciones óseas, ortopedia del deporte y artroscopia, ortopedia pediátrica, reconstrucción articular cadera y rodilla, reconstrucción articular hombro-codo, reumatología, traumatología, unidad de cuidados intensivos y urgencias.
5. *Medicina de rehabilitación*: apoya a los pacientes en su adaptación con su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible y con base a las características individuales. Busca desarrollar protocolos de prevención o disminución de riesgo de amputación y mejorar prótesis.
6. *Investigación y atención a quemados*: (inaugurada el 4 de enero del 2011) realiza investigación para el conocimiento, tratamiento y rehabilitación de lesiones por quemaduras.
7. *Medicina del Deporte*: atiende fracturas expuestas de la columna y extremidades, así como luxaciones en las mismas áreas corporales.
8. *Oftalmología*: ofrece diagnóstico y tratamiento con especial interés en catarata, glaucoma, retinopatía diabética y enfermedades inflamatorias del globo ocular.
9. *Otorrinolaringología*: realiza el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación quirúrgica y prevención de los trastornos que producen discapacidad de la audición, el equilibrio, voz, deglución y del aparato resonancia nasal.

Otros servicios que proporciona el INR, son la anestesiología y aquellos auxiliares en el diagnóstico y tratamiento como tomografías, resonancias, electroencefalogramas, mapeos cerebrales, emisiones otoacústicas, etc.

Asimismo, dentro del instituto la enseñanza tiene gran relevancia, por lo que cuenta con espacios de servicio social y prácticas profesionales dentro sus diferentes áreas, así como licenciaturas en terapia de la comunicación humana, terapia ocupacional, terapia física y de

rehabilitación. Además de ser sede de la Maestría y Posgrado en Ciencias de la Salud impartida por la UNAM.

Por otra parte, la psicología adquiere relevancia debido a que muchos especialistas que realizan evaluaciones sobre problemas del aprendizaje son licenciados en esta rama del saber. Sin embargo, no existe un área específica pero se cuenta con servicio de terapia individual y familiar.

El servicio de Terapia Familiar depende del área de rehabilitación integral, en donde los pacientes son valorados por psicólogos que determinan la terapia individual y la terapia familiar como necesarios en la mejoría integral del paciente. Al respecto las principales problemáticas por las que son derivados a Terapia Familiar se relacionan con el significado de la discapacidad en los diferentes miembros de la familia, el efecto en las relaciones conyugales o la rigidez en las dinámicas familiares.

### **2.2. Explicación del trabajo y participación en los escenarios de trabajo clínico**

La forma en que se realizó el trabajo de supervisión fue similar en la mayoría de sedes de entrenamiento de la Residencia en Terapia familiar. La colaboración en las sedes consistió en la participación como terapeuta o bien, como equipo terapéutico. En donde cada sesión estuvo estructurada de la siguiente manera:

- Pre-sesión: espacio donde se discutió la pertinencia de abordar ciertas líneas de acción; determinar el objetivo o alcance de la sesión tomando en cuenta el modelo terapéutico supervisado, el motivo de consulta y la demanda terapéutica.
- Sesión: consistió en la intervención como tal del terapeuta asignado con la persona, pareja o familia que solicitó el Servicio de Terapia Familiar. En la sesión el terapeuta realizó las preguntas, intervenciones y técnicas de un modelo de Terapia Familiar Sistémica, mientras era observado detrás de un espejo unidireccional (Cámara de Gesell) por el supervisor especialista en el modelo y por el equipo terapéutico conformado por los compañeros de la residencia. El equipo terapéutico y el supervisor podrían intervenir si lo consideraban pertinente mediante un intercomunicador o tocando la puerta.



- Pausa: espacio de tiempo breve en el que el terapeuta se reunía con el equipo terapéutico y supervisor para compartir observaciones y posibles intervenciones finales.
- Comentarios finales: espacio final de la sesión que consistía en dar un cierre a la sesión mediante comentarios finales, intervenciones o tareas a la familia en consulta.
- Post-sesión: el terapeuta, el supervisor y el equipo se reunía para hacer comentarios u observaciones sobre el proceso de la terapia, la pertinencia de las intervenciones, la aplicación teórica del modelo y posibles líneas de trabajo en sesiones futuras.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez y Navarro”, el Centro Comunitario “San Lorenzo” y el Instituto Nacional de Rehabilitación fueron las sedes en las que participé en el trabajo clínico con familias. En lo subsiguiente explicaré cada uno de los escenarios.

### *Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*

El primer semestre de la Maestría se enfocó a adquirir los conocimientos teóricos y epistemológicos para posteriormente hacer una aplicación de los modelos. Precisamente por ello, durante este periodo nuestra participación en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” consistió en tareas relativas a un equipo terapéutico: observación, notas, análisis del proceso, sugerencias de intervención o aplicación de técnicas, comentarios a la familia o terapeuta con base a los conocimientos adquiridos.

Otra forma de trabajo durante el primer semestre consistió en realizar representaciones de casos con familias y manejar posibles intervenciones desde los modelos terapéuticos estudiados. En donde se realizó una retroalimentación grupal que nos permitió analizar diversos aspectos sobre en el “arte de hacer terapia”: la importancia de la alianza terapéutica, la empatía, la pertinencia de las preguntas, las intervenciones o técnicas utilizadas y la influencia del sistema de creencias del terapeuta, los recursos de la familia en terapia, entre otros.

A partir del segundo semestre se nos asignaron de manera rotativa funciones como terapeuta y como equipo terapéutico, por lo que se solicitaron expedientes de familias que requerían Servicio de Terapia Familiar, a fin de estudiar las características del caso, los antecedentes, el motivo de consulta e información relativa a la familia.

Mi experiencia en este Centro consistió en realizar tareas relacionadas al equipo terapéutico y dar atención terapéutica a personas y familias. Las modalidades de atención fueron como co-terapeuta con algunas compañeras y como terapeuta titular.

### ***Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”***

El Centro comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” fue una sede que me permitió desarrollar habilidades clínicas con temáticas relacionadas a la violencia y depresión, lo que fue muy significativo y enriquecedor en mi experiencia como terapeuta.

El trabajo en esta sede inicio en el segundo semestre de la formación, bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, quien nos explicó la forma de organización del centro. Éste maneja una lista de espera de personas y familias que solicitan terapia, por lo que es responsabilidad del terapeuta concertar la primera cita dando prioridad a los registros más antiguos. Asimismo, el terapeuta debe mantener vigente el expediente de la familia que atiende por medio del reporte de sesiones y el registro mensual de consultas realizadas.

El trabajo clínico que realicé en este Centro consistió actividades relativas a ser integrante del equipo terapéutico, observando el proceso de terapia por medio de un dispositivo de circuito cerrado; participar como co-terapeuta con alguna compañera de la maestría; ser miembro de equipos de reflexión en los casos atendidos por mis compañeros, y ser terapeuta titular, aplicando las técnicas o intervenciones de los modelos de Terapia breve, Terapia Narrativa, Terapia Colaborativa en procesos con mujeres que vivían violencia y depresión.

Por otra parte, se realizaron proyectos dirigidos a la comunidad que tomaron en cuenta los problemas frecuentes por los que acuden las personas o familias a este Centro Comunitario, desarrollando talleres con base a sus necesidades. En mi caso, participé en la planeación y aplicación de un taller dirigido a mujeres titulado “Ser Mujer No Significa Sufrir”.

### ***Centro Comunitario “San Lorenzo”***

El Centro Comunitario “San Lorenzo” fue otro escenario de trabajo clínico que se distinguió por el amplio trabajo con familias y parejas con características similares al Centro previamente abordado. La forma de supervisión en esta sede fue narrada, por ser un

espacio externo a la Universidad que mantiene un convenio con la Facultad para que sus residentes desarrollen servicios de Terapia Familiar. Sin embargo, algunas sesiones terapéuticas fueron video-grabadas a fin de ser material de análisis en la clase de Supervisión Video-grabada.

Desde la llegada a esta sede el coordinador nos proporcionó la información sobre la Fundación y forma de trabajo de la sede. Como terapeutas del Centro Comunitario San Lorenzo, nuestro trabajo consistió en solicitar al personal del área de Psicología las citas con familias o parejas que requerían el servicio de Terapia Familiar para posteriormente, realizar el encuadre con la familia y la intervención terapéutica.

El trabajo terapéutico en el Centro Comunitario San Lorenzo abarcó la atención en co-terapia a dos casos familiares relacionados con problemas de conducta y falta de comunicación con los hijos y un caso más de pareja por problemas de separación. Como terapeuta titular realicé prácticas de intervención con parejas con problemas de comunicación y violencia.

### ***Instituto Nacional de Rehabilitación***

El Instituto Nacional de Rehabilitación constituyó una sede de práctica a partir del cuarto semestre de la Maestría. Este escenario de trabajo me permitió ampliar mi experiencia en la aplicación del Modelo de Milán con familias con un miembro con discapacidad. Mi participación en esta sede consistió básicamente en formar parte del equipo terapéutico, realizando observaciones, notas y comentarios desde las aportaciones teórico-epistemológicas del modelo y en un caso alterne siendo co-terapeuta.

## Capítulo II



# *Fundamentos Epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica*

Todo es más sencillo  
de cuanto se pueda pensar  
Y al mismo tiempo más complicado  
de cuanto se pueda entender.  
Goethe

Nunca consideres el estudio  
como una obligación sino  
como una oportunidad  
para penetrar en el bello y  
maravilloso mundo del saber.  
Albert Einstein

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

Los primeros indicios más o menos formales de la Terapia Familiar surgen aproximadamente por el año de 1950, cuando las familias fueron observadas por primera vez en vivo. Varios clínicos de esa época lograron contradecir la idea de evitar todo contacto con la familia del paciente. De este modo, las observaciones realizadas a grupos familiares condujeron a desarrollar una nueva teoría, capaz de aportar un mejor entendimiento de los problemas mentales de los pacientes (Hoffman, 2004).

Gregory Bateson, uno de los más grandes expositores del campo de la Terapia Familiar, desarrolló en su trabajo conjunto con Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland, Watzlawick, entre otros, las bases teóricas de este campo de estudio en Palo Alto, California, llegando a desarrollar, a través de sus investigaciones con grupos familiares, la Terapia Familiar Sistémica (Eguiluz, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Entre los fundamentos epistemológicos que forman parte del campo de la Terapia Familiar Sistémica se encuentran, principalmente: la Teoría General de los Sistemas, ampliamente estudiada por Ludwig Von Bertalanffy; la Teoría de la Cibernética, aportada por Norbert Wiener y la Teoría de la comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson. En la sección siguiente se explicarán cada una de éstas a fin de una mejor comprensión en el abordaje de los modelos que conforman esta forma de hacer terapia.

### **1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna.**

#### **1.1.1. Teoría general de los sistemas**

La Teoría General de los Sistemas surge a finales del siglo XX como una visión totalmente opuesta al modelo mecanicista<sup>1</sup>, que se había caracterizado por acceder al conocimiento a través de la especialización en distintos campos o disciplinas. Parte de las críticas a este modelo consistían en que conducían a aportaciones seccionadas y con vacíos en el conocimiento, debido a que fragmentaban los fenómenos artificialmente y los privaban de la relación con su medio, por lo que para algunos científicos era necesario apostar a

---

<sup>1</sup> El modelo mecanicista aísla los elementos del universo a fin de observarlos en segmentos para su estudio y análisis con el propósito de determinar y predecir el comportamiento de un fenómeno. Posee una visión lineal y unidireccional, en el sentido que todo evento está determinado por una causa. Este modelo se apoya de la teoría monista, que considera que la verdad es única y absoluta.

explicaciones más abarcadoras. Siguiendo ésta línea, surgen dos personajes que proponen su trabajo por separado desde la concepción organísmica: J. D. Bernal y L. Von Bertalanffy. El primero lo hace en Francia, sin embargo, su aportación no trascendió a otros lugares (Bertalanffy, 2011; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por su parte en 1968, el biólogo Bertalanffy publica en Estados Unidos su obra *Teoría General de los Sistemas (TGS)*, la cual recobra gran relevancia en distintas disciplinas por su contundencia. Teniendo como principales influencias la tradición neopositivista del grupo de Moritz Schlick, el misticismo alemán, el relativismo histórico de Spengler, el materialismo histórico dialéctico y la historia del arte (Bertalanffy, 2011; Eguiluz, 2009).

Cabe señalar que L. Von Bertalanffy inició sus trabajos de investigación en la década de 1930 en conjunto con Anatole Rappaport, Ralph Gerard y Ross Ashby, por lo que sus primeras publicaciones fueron en 1940. Siendo el tema fundamental la complejidad organizada y su fin el diseñar una teoría de la organización, la totalidad, la teleología y la diferenciación; razón por la que en 1954 funda la Sociedad para la Investigación General de Sistemas, contemporánea a las aportaciones teóricas de la Cibernética de Wiener (1948), la Teoría de la Información de Shannon y Weaver (1949) y la Teoría de Juegos de Von Neuman y Morgensten (1947). Mismas que engloba en su obra junto con la Teoría de las gráficas, la Teoría de las redes y de los autómatas (Bertalanffy, 2011; Vargas, 2000). A la muerte de Bertalanffy, los desarrollos en la sociedad circularon poco en el ámbito científico, aislándose. (Luhmann, 1996).

La TGS enfatiza en no aislar los elementos, sino en relacionarlos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual por lo que se contrapone a la idea lineal y unidireccional del modelo positivista. Johansen (1982) refiere que la TGS tiene como propósito descubrir los isomorfismos en las construcciones teóricas de distintas disciplinas a fin de desarrollar modelos aplicables en al menos dos campos de conocimiento y en un nivel amplio de ambición, desarrollar un sistema teórico total aplicable a la ciencia. Bertalanffy (2011) considera que en los diferentes campos existen leyes idénticas o isomórficas aplicables a cualquier sistema determinado, estos presupuestos válidos para las disciplinas en general lo conducen a proponer su obra que tiene por meta, la integración de las ciencias naturales y sociales.

La concepción orgánica de este autor parte de la idea de que la vida (orgánica o mental) es una organización o sistema gobernado por leyes dinámicas, por lo que es necesario estudiar los problemas relativos a ella en cuanto a la interacción de sus elementos y el orden por el que se rigen. En este sentido el hombre es visto como un sistema activo, que influye y es influido por su contexto y a través de éste crea su mundo dotándolo de significaciones y valores. Así, el contexto cobra un valor primordial para el entendimiento de la personalidad y conducta humana (Bertalanffy, 2011).

La teoría general de los sistemas, concibe el universo como un conjunto jerarquizado en sistemas, organizados a su vez en subsistemas, que se encuentran unidos. Todo sistema se halla en constante intercambio entre sí y con su entorno, evolucionando a formas más complejas (negentropía). La visión sistémica, no aísla los elementos, los estudia como un todo en su interacción contextual. Para ella la realidad no es única y absoluta, sino que depende del punto de vista del observador y del observado (Bertalanffy, 2011).

Desde esta Teoría el término sistema y totalidad puede ser aplicable a todo ser vivo, grupo social, sociedad o campo de estudio de las ciencias biológicas y sociales. Un sistema es entendido como un conjunto de elementos que están en interacción, en donde el estado de cada uno de los miembros se encuentra determinado por el estado de los otros (Salem, 1990). Hall y Fagen definen al sistema como “un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y sus atributos”, donde los objetos vienen a ser los elementos que integran el sistema, mientras que los atributos se refieren a las propiedades de cada elemento (en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). De acuerdo a Bertalanffy (2011) el sistema no está limitado a objetos materiales, sino que puede aplicarse a cualquier “todo” que consista en “componentes” en interacción, al respecto Eguiluz (2009) ejemplifica objetos abstractos como reglas, procesos, variable matemáticas, etc.

Asimismo, Bertalanffy considera dos tipos de sistemas con propiedades específicas: los sistemas cerrados y los sistemas abiertos. Un sistema cerrado se caracteriza porque no tiene un intercambio de información con otros sistemas o con su entorno, es un sistema aislado. Por lo tanto, no hay una modificación del exterior al sistema, ni de éste a su medio. En este caso el sistema se conserva a través de sus reservorios de energía. Al ser cerrado los desechos de energía o entropía crecen de forma irreversible, hasta que el sistema deja de funcionar debido al equilibrio termodinámico (Eguiluz, 2009; Hoffman 2004; Salem, 1990).

En cambio, los sistemas abiertos se encuentran en constante incorporación y eliminación de materia, energía o información necesarias para su conservación, sin alcanzar el equilibrio termodinámico pues el sistema expulsa a su entorno la energía usada, también llamada entropía. Estos sistemas al encontrarse en interacción con el ambiente tienen una organización cada vez más compleja, toda vez que constituyen, transforman o desechan la energía utilizada, logrando crecer a niveles superiores. Todo organismo vivo es un sistema, que posee ciertas propiedades que lo caracterizan como sistema abierto (Bertalanffy, 2011; Molina, 2001). Algunas de estas propiedades son:

*Totalidad:* no debe ser considerada como la suma de los elementos que integran el sistema, por el contrario, se considera que el todo es más que la suma de sus partes. La interrelación de dos o más elementos de un sistema implica una cualidad emergente o una nueva forma (sustancia, materia, conducta) que surge a partir del intercambio de información (Salem 1990; Waltzlawick et al., 1991).

*Equifinalidad:* significa que el estado actual de un sistema no está determinado por sus condiciones iniciales, idénticos resultados pueden tener orígenes distintos y también, orígenes iguales pueden derivar a estados diferentes, pues cada sistema evoluciona en forma diferente (Bertalanffy, 2011; Eguiluz, 2004; 2009; Salem, 1990).

*Circularidad:* implica una interconexión entre los elementos que integran un sistema, en donde la conducta de A tiene un efecto en B, pero al mismo tiempo este último refuerza las manifestaciones de A, es decir ambos se encuentran mutuamente influidos por las retroalimentaciones que se efectúan en la interacción.

*Sinergia:* un objeto tiene sinergia cuando el examen de alguna de sus partes no explica ni permite predecir el comportamiento del todo. De acuerdo a esto. Los objetos que tienen sinergia, la suma de sus partes es distinta al todo, misma razón por la que la investigación debe centrarse en las interacciones entre sus componentes (Eguiluz 2009; Fuller en Johansen, 1982).

*Recursividad:* permite entender como un sistema se relaciona verticalmente con sistemas mayores o susprasistemas o bien, con sistemas menores también llamados subsistemas. Éstos últimos se encuentran contenidos en los sistemas mayores que a su vez se contienen en



otros de mayor tamaño y lo más importante es que independientemente de que se trate de un sistema menor o mayor, este posee la propiedad de sinergia (Eguiluz 2009).

*Orden jerárquico:* implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo. Este concepto se relaciona con otros como evolución, diferenciación, organización, etc. y siempre se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un número mayor de elementos (Eguiluz, 2009). Boulding (en Bertalanffy, 2011) habla de nueve niveles de organización diferenciada, donde se pasa de un subsistema a un sistema y a un suprasistema, que van desde una organización relativamente simple a una más compleja y avanzada. Lo que permite una mayor comprensión en el todo y en las interrelaciones entre sus partes, pues si fragmentamos perdemos información respecto al todo, que sería el sistema mayor del cual forma parte.

*Entropía:* es una medida de desorden, que en los sistemas cerrados tiende a aumentar por lo que se considera que la entropía es positiva y contribuye a la continua destrucción del orden. De acuerdo a la segunda ley de la termodinámica la entropía en los sistemas cerrados aumenta hasta llegar a un máximo, donde el proceso acabará por detenerse alcanzando un estado de equilibrio o muerte. En los sistemas vivos no sólo hay producción de entropía debida a procesos irreversibles, sino también entrada de entropía que puede ser negativa, manteniendo de esa manera un estado uniforme que evita el aumento de entropía (positiva), lo que permite al sistema desarrollarse en organizaciones crecientes superiores, es decir, evolucionar. La entropía negativa o información es una medida de orden o de organización, también llamada neguentropía (Bertalanffy, 2011).

Así la TGS permitió la base teórica que daría sustento a una nueva concepción sobre los problemas del comportamiento y de las relaciones en los orígenes de la Terapia familiar, su mirada contextual y de organización sistémica circular, permitió concebir a la familia como un sistema en interrelación con otros sistemas mayores, en donde la conducta de un miembro de la familia adquiere un significado relacional. No obstante, la Terapia Familiar también se nutriría de otras aportaciones teóricas que se fueron construyendo en esta época.

### 1.1.2. Teoría de la comunicación

Aunque la comunicación ha formado parte del desarrollo del hombre en la sociedad, los primeros estudios sobre la comunicación se realizan hasta mediados del siglo XX. Siendo en 1949 cuando Shannon y Warren Weaver hacen la primera aportación al estudio de la comunicación desde un modelo matemático, hoy conocido como “Teoría de la Información”, en la que proponen la comunicación como una cadena de elementos en donde destino y fuente son sucedidos linealmente en el acto de comunicar (Eguiluz, 2009).

Por la misma época, surge un grupo de investigadores interesados en una explicación más abarcadora sobre la comunicación, que considera la epistemología circular y el concepto de retroinformación propuesto por Wiener. Este nuevo equipo, encabezado por Gregory Bateson, recibe apoyo de la Fundación Rockefeller para estudiar las paradojas en la comunicación, lo que da pauta para desarrollar una teoría general de la comunicación en la que se integrarían personas provenientes de distintas disciplinas, entre ellos: Jay Haley, Virginia Satir, Jules Riskin, William Fry y Paul Watzlawick (psicólogos); Ray Birdwhistell y Edward Hall (sociólogos); Erving Goffman (psiquiatra) y Don D. Jackson y Paul Watzlawick, psicoanalistas (Eguiluz, 2009).

Las aportaciones sobre estas investigaciones se ven reflejadas en los trabajos escritos por Bateson y su equipo de trabajo. Sin embargo, Bateson se separa del grupo, quedándose Don D. Jackson a la cabeza de la investigación, publicando en 1967 la “Pragmática de la comunicación humana” en colaboración con Paul Watzlawick y Janet Beavin, en la que postulan ideas sobre la comunicación, basadas en la cibernética y la Teoría General de los Sistemas, constituyendo una piedra angular más en el desarrollo de la Terapia Familiar (Wittezaele y García, 1994).

Desde esta propuesta teórica la comunicación se concibe como un conjunto de comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción y comprende tres áreas (Sánchez, 2000; Wittezaele y García, 1994):

- La sintáctica, que es el modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación, por lo que abarca los problemas relativos a la transmisión de la información.
- La pragmática, que implica la forma en que la comunicación puede afectar la conducta, es decir, el comportamiento como consecuencia de la comunicación.

- La semántica, que se refiere al significado de los símbolos y su relación con el mensaje emitido, es decir, el significado de la comunicación.

La comunicación es considerada como una conducta, donde están presentes el mensaje, la interacción y las pautas de interacción. El mensaje es un aspecto que implica una comunicación (singular) sin posibilidad de confusión; por su parte, la interacción abarca una serie de mensajes que intercambian las personas que participan en la comunicación, y las pautas comprenden un nivel más complejo en donde interviene la comunicación no verbal.

Waltzlawick, Beavin y D. Jackson (1991) describen cinco axiomas que se encuentran presentes en la comunicación humana:

El primero señala la *imposibilidad de no comunicar*, puesto que toda conducta es comunicación. Esta teoría considera que toda comunicación está compuesta de mensajes y todo mensaje es una conducta, siendo imposible no presentar una conducta y no comunicar. El mismo silencio es una forma de comunicación (no verbal) que indica el desinterés de hablar. En este sentido, el tono de voz, la postura, los gestos, la mirada o la atención tienen un valor de mensaje que influyen en la conducta de los otros y por lo tanto también comunican. El cero o la total ausencia de un suceso pueden tener el valor de un mensaje (Eguiluz, 2009)

El segundo axioma menciona que *toda comunicación presenta un nivel de contenido y un nivel de relación*. El nivel de contenido se refiere a la información que se transmite en toda comunicación humana, mientras que el segundo nivel, el de relación (aspecto conativo) explica qué tipo de mensaje debe entenderse de dicha comunicación y la relación entre los participantes. En este caso, la definición de ambos participantes estará determinada por la forma en que se emite el contenido: tono y acento de voz, expresión facial y contexto; mismos que indicarían el tipo de relación que debe entenderse. En este caso, el contenido queda determinado por el nivel conativo y es por tanto una meta-comunicación (comunicación sobre la comunicación).

Al respecto, es importante señalar que las relaciones comunicacionales “patológicas” se caracterizan por la lucha constante en la definición de la relación, mientras que en las relaciones más “sanas” el aspecto relacional se define intencionadamente, mostrando mayor valor al contenido.

El tercer axioma, la *puntuación en la secuencia de los hechos*, indica que la naturaleza de la relación entre los comunicantes, depende del modo de puntuar. Las puntuaciones son recortes en la comunicación que realizan los participantes y les permiten a estos organizar los hechos de su propia conducta y asumir un rol de comportamiento (líder, adepto) en las cadenas de interacción.

De acuerdo a Gregory Bateson (en Waltzlawick et al., 1991) las secuencias son al mismo tiempo estímulos, respuestas y refuerzos, que constituyen procesos cíclicos en el intercambio interaccional. Las puntuaciones pueden ser diferentes formas de recortar la realidad pero ello no quiere decir que exista una buena o mala puntuación de los hechos, aunque si un desacuerdo en la forma de puntuar, situación que puede llevar a múltiples conflictos relacionales.

El cuarto axioma hace una distinción entre la *comunicación digital y analógica*. La primera consiste en el uso del lenguaje como una serie de signos arbitrarios que se utilizan para nombrar las cosas de forma verbal. En cambio, la comunicación analógica implica la conducta no verbalizada que se transmite por medio de lo no expresado en palabras: el movimiento corporal, la expresión facial, la postura, el tono de voz o los gestos presentes en la interacción entre personas.

Los canales de comunicación (analógico y digital) se hallan presentes en toda comunicación y la congruencia entre las unidades de cada canal, designará el grado de concordancia y calidad en la información que recibe el emisor del mensaje. Al respecto, se sabe que en toda comunicación están presentes, como mínimo, dos personas que actúan al tiempo como emisores y receptores de información (Salem, 1990).

El quinto axioma menciona que el intercambio de comunicación puede ser *simétrico o complementario*, según se base en la igualdad o diferencia. En la comunicación simétrica el tipo de relación que se establece entre las personas es recíproca o igualitaria. Mientras que la relación complementaria se caracteriza porque la conducta de uno de los miembros complementa la del otro, es decir, uno de los miembros se encuentra en un status primario, mientras que el otro en un papel secundario, lo que no implica que exista necesariamente una relación negativa. Algunos ejemplos de este tipo de interacción se encuentran

determinados por las convenciones sociales o culturales, tal es el caso de las relaciones entre padre-hijo o profesor- alumno, donde cada uno posee una conducta complementaria.

Un tercer tipo de comunicación que se ha considerado, además de la relación simétrica y complementaria, es la comunicación meta-complementaria, también llamada paralela, en donde prevalece la alternancia de las 2 anteriores.

Waltzlawick et al. (1991) menciona que existe un riesgo potencial en estas formas de interacción si se presentan en sus extremos, por ejemplo, en la relación simétrica se corre el riesgo de una escalada en donde puedan presentarse constantes disputas y luchas por la igualdad, donde las disidencias más o menos abiertas entre sus miembros suscitarán el rechazo del otro. Por su parte, la complementariedad presente en forma rígida, se caracterizará por las constantes desconfirmaciones al *self* del otro.

Por medio de estos axiomas, la comunicación puede entenderse como un sistema y no como un modelo de acción y reacción. A partir de la teoría de la comunicación se estudia la interacción como un sistema inmerso en un ambiente, que se caracteriza por ser abierto y dinámico ante las entradas y salidas de información. El sistema interaccional es toda relación (estable) que mantiene influjos de información con otros sistemas en un contexto que determina la respuesta de sus actores de forma circular.

El estudio de la comunicación humana desde esta perspectiva, conduce irremediamente a las pautas de interacción que se establecen en las familias, donde el emisor y receptor establecen el contexto que les asigna una función determinada. La dinámica familiar establece los roles y reglas de comunicación, que encuadran una realidad específica del mundo.

### **1.1.3. Cibernética**

Los primeros indicios de la cibernética en el campo de la Terapia Familiar tienen lugar en la serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy bajo la dirección de McCulloch. La formulación de estas conferencias tenía el propósito de combinar los nuevos descubrimientos de las matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías tradicionalmente consideradas humanistas. Entre sus asistentes se encontraban los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, más el economista Lawrence Frank; siendo Bateson quien recibe con mayor interés las aportaciones del trabajo desarrollado por Arturo Rosenblueth,

Norbert Wiener y Julian Bigelow acerca de los procesos de retroalimentación en la conducta. Más tarde, el matemático estadounidense Norbert Wiener escribiría una obra sobre la cibernética, que lo llevaría al reconocimiento en el medio científico por su aportación a la ciencia (Bertrando y Toffanetti, 2004; Eguiluz, 2004; Keneey, 1987).

Para la década de los sesenta la aplicación de esta teoría era una realidad en las ciencias puras, naturales, sociales y de la salud. El trabajo desarrollado por Wiener proponía la idea del hombre como máquina cibernética autorregulada, situación que generó gran interés entre los estudiosos que acudían a sus conferencias (Quintanilla, 2002). La cibernética, cuyo significado griego es *timonel*, proponía el estudio de los sistemas en cuanto a flujos de información y la forma en que la información es usada para la regulación del sistema (Wiener, 1982).

La idea básica de la cibernética de acuerdo a Wiener es la de la retroalimentación que definió como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño previo; si estos resultados son manejados solamente como datos numéricos para evaluar al sistema y regularlo, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control, pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (citado en Keeney, 1987).

Esta teoría, estrechamente relacionada con la Teoría de los Sistemas de Bertalanffy (1986) fue definida por éste como una teoría de los sistemas basada en la comunicación entre sistemas del medio circundante, dentro del sistema y en el control de (retroalimentación) del funcionamiento del sistema en consideración al medio. Mientras que Keeney (1987) la refiere como perteneciente a la ciencia de la pauta y la organización. Sus primeras aportaciones estudian los procesos de retroalimentación negativa a través de los cuales los sistemas se autocorrigen y evitan la desviación. En este sentido se consideraba que los sistemas operan para lograr la homeostasis (equilibrio) y la negación como principio ordenador.

Sin embargo, el pensamiento cibernético ha evolucionado con el paso del tiempo, aportando nuevas ideas y nuevos conceptos dominantes. De acuerdo a Sluzki (1987) cada desarrollo en la cibernética ha influido en el lenguaje, la lógica y campos de conocimiento

basados en la epistemología cibernética, entre ellos la terapia familiar, siendo la Cibernética de primer orden y la Cibernética de segundo orden parte de esa evolución.

Así la cibernética de Primer Orden, también llamada de los Sistemas Observados, retoma la organización, la información, la estructura de los sistemas y la retroalimentación como parte de su estudio en las pautas. Asimismo, concibe al observador como un miembro independiente del sistema que observa.

Los sistemas abiertos y cerrados se piensan a partir de la Segunda Ley de la Termodinámica que afirmaba que el universo decae, pues existe una parte de la energía que no se transforma en trabajo, sino que se gasta o se dispersa de forma irreversible, conduciéndolo al desorden o la denominada entropía, siendo la neguentropía un proceso para revertirla. Así los sistemas operan para conservar su organización o homeostasis por lo que ponen en marcha procesos de corrección de la desviación que tienden al equilibrio por medio de la retroalimentación negativa, pues las fuerzas o procesos que permiten la ampliación de la desviación, llevan a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. (Hoffman, 2004; Sluzki, 1987).

La entropía negativa o neguentropía como principio ordenador y los procesos de neutralización de la desviación o homeóstasis en el sentido de “procesos auto-correctivos” son nociones fundamentales bajo las cuales se origina la intervención en el campo de la Terapia Familiar. Las intervenciones se centran en los “procesos autocorrectivos”, por medio de la retroalimentación como un recurso que permite al sistema mantener la autorregulación (permanencia) ante la entrada de información del entorno.

Bajo esta perspectiva, si hablamos de cibernética dentro del encuadre terapéutico la organización y las pautas del terapeuta-paciente, se retoman bajo la distinción entre observador-paciente y enfermedad-salud. Dicha visión mantiene al terapeuta en una posición de vigilante que toma decisiones desde fuera del sistema observado y cambia las partes al interior del sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Posteriormente, dentro de la Cibernética de Primer Orden, se considera una segunda etapa que se centra en la forma en que los sistemas cambian su organización por medio de la retroalimentación positiva (morfogénesis). Esta nueva etapa se centra en los procesos de

amplificación, es decir, en la desequilibración y movilización de las estructuras y organización del sistema, que conducen la génesis de un nuevo orden.

Magoroh Maruyama, definió esta etapa como "Segunda cibernética" y consideró que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: "morfofostasis" y "morfogénesis". El primero, se refiere a la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva. De acuerdo a Maruyama en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente (Hoffman, 2004). De esta forma la "Segunda cibernética" da énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación y la estructura del sistema, al desequilibrio y la reestructuración del sistema, a movilizar los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de éstos, a fortalecer un subsistema y proporcionar una visión del sistema más dinámica (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En este periodo de la terapia familiar surgen intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y provocadores que buscaban romper con la estructura familiar para llevarla a un cambio.

Más adelante, en 1972 Heinz Von Foerster y Margaret Mead, señalaron en inicio de un nuevo periodo de la cibernética, llamada Cibernética de la Cibernética, que después fue reconocida como Cibernética de Segundo Orden o de los Sistemas de observantes, siendo los sistemas de segundo orden aquellos que tienen capacidad autorreferencial y autológica (Foerster, 1996). La cibernética de segundo orden considera al observador como parte del sistema, es decir, el observador influye en la realidad que se observa y se convierte en un receptor del significado del sistema observado.

En este sentido la relación de la terapia familiar y la cibernética ya no es proveer modelos basados en nociones de circularidad, función, organización, etc., sino dar un marco epistemológico general que permita el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica. El terapeuta no describe al sistema objetivamente (desde afuera), sino que participa en la co-construcción del sistema que él también integra, más aún, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, genera, co-genera en dicha participación. La actividad terapéutica más que una intervención, implica una transformación colectiva de significados, una actividad dialógica en la que el terapeuta busca incluirse en una visión del mundo de la familia para generar



puntos de vista alternativos con perspectivas que no incluyen el comportamiento problemático. Con la cibernética de Segundo Orden, el constructivismo y el construccionismo social vienen a nutrir la labor del terapeuta sistémico.

### 1.1.4. Constructivismo

Las aportaciones del constructivismo a la Terapia Familiar marcaron una evolución en el campo de la terapia. El cambio al pensamiento posmoderno, que cuestionaba los valores modernos, tuvo un papel importante en cómo el constructivismo influyó en la Terapia Familiar. En los años ochenta diversas conferencias sobre Terapia Familiar Sistémica trataron ideas referentes al planteamiento constructivista, entre ellos los aportados por el biólogo Humberto Maturana, el científico cognitivo Francisco Varela, el ciberneta Heinz Von Foerster y el lingüista Ernest Von Glaserfeld. Bajo esta nueva episteme, algunos terapeutas familiares propiciaron nuevos marcos que encajaran mejor con la experiencia actual, a causa de la insatisfacción de la metáfora sistémica y las críticas hacia algunos aspectos de la Terapia Familiar, entre ellos los relacionados a grupos feministas (Rodríguez, 2002).

El Constructivismo es una posición epistemológica, con raíces históricas en la filosofía de la ciencia. Se dice que entre sus orígenes se encuentra el solipsismo, que defendía que no existe realidad exterior, sino que todas las percepciones y vivencias humanas en el mundo están en la mente (sólo el *yo* existe). Giambattista, considerado el primer constructivista, subrayó que el hombre sólo puede entender las cosas que el mismo hace; Kant refería a la mente como creadora de significado a través de la experiencia; Von Uexküll, refería que cada especie tiene su mundo circundante constituido por su propia organización biológica (Feixas y Villegas, 2000; Foerster, 1998; Glasersfeld, 1995; Mahoney, Miller y Arciero, 1997; Rodríguez, 2002).

El constructivismo es considerado como una metateoría o familia de teorías relacionadas entre sí, que comparte una serie de afirmaciones y presupuestos. Tres de sus características básicas consisten en que (Mahoney, et al., 1997):

1. El conocimiento humano es activo y constructivo.
2. Los humanos están organizados en una estructura nuclear con procesos abstractos.
3. Los sistemas humanos poseen capacidad de auto-organización y evolucionan a estructuras más complejas.

A partir del constructivismo se plantea que el individuo (observador) construye el conocimiento del mundo exterior a través de las percepciones determinadas por su estructura (sistema nervioso), razón por la que el conocimiento verdadero es imposible, ya que la realidad puede ser interpretada de distintas formas. La unidad básica de la experiencia consiste en los actos discriminativos, es decir, la captación de una distinción, debido a que por medio de ésta se forma un constructo. Desde este punto de vista, se supone que cada persona lleva consigo un mapa del mundo o representación de lo que percibe como realidad (Feixas y Villegas, 2000).

Respecto a la ciencia, no hay una verdad objetiva o superior, los criterios de validez son relativos a un sistema de conocimiento. La predicción científica más que conferir lo que sucederá en el mundo objetivo, predice la experiencia de quienes participan y cuando ésta experiencia es coherente y compartida por una comunidad de observadores se declara como un conocimiento válido o aceptable (Mahoney, et al., 1997; Maturana, 1994).

Para Foerster (1995) la percepción de la realidad depende de la forma en que es definida o trazada por quien la observa, derrumbando el principio de objetividad. Si esta realidad percibida es real en sí misma depende del grado de radicalidad. Glasersfeld (1995) distingue entre constructivismo trivial y radical. Aduciendo al primero como aquel que comparte la idea de que construimos la realidad, pero cree en una realidad ontológica objetiva. Mientras que el radical niega la existencia de la realidad porque considera que el mundo es construido en nuestras experiencias.

Pese a los grados de radicalidad, todo constructivismo confiere la responsabilidad al hombre de sus pensamientos, pues es él quien construye la representación del mundo a través de su actuar (Foerster, 1995; Glasersfeld, 1995; Limón, 2005a).

De esta manera, las terapias constructivistas postulan la imposibilidad de obtener interpretaciones correctas de la realidad, admiten que si la persona sufre, esto se relaciona con la construcción de los acontecimientos, apuntando a construcciones de realidades más viables. La actividad terapéutica puede ser vista como un proceso de estructuración y des-estructuración de significados o realidades construidas en el que la realidad puede ampliarse cuando se ofrece otra perspectiva o mapa de la realidad (Feixas y Villegas, 2000; Rodríguez, 2002; Zohn, 2007).

### 1.1.5. Construccinismo social

Aunque el constructivismo y el construccinismo social surgen en la misma década, como parte de la crítica al modernismo, cada una de estas orientaciones del pensamiento posmoderno posee sus particularidades, por lo que es imprescindible no confundirlas. Hoffman (1996) menciona que la diferencia entre constructivismo y construccinismo, consiste en que el primero concibe al ser humano como una máquina cerrada que construye una realidad interna o individual. Mientras que el construccinismo, considera que las construcciones y percepciones del individuo aparecen en el contexto de la interacción social y el lenguaje, por lo que la persona es vista como un sistema abierto al intercambio simbólico con el medio cultural.

Los primeros desarrollos de la orientación socioconstruccinista se identifican en la segunda mitad de la década de los 80, bajo las aportaciones de Kenneth Gergen, Tomás Ibañez, John Searle, Rom Harré, John Shotter, entre otros. De acuerdo a Limón Arce (2005) el construccinismo puede considerarse como una aproximación ecléctica por las orientaciones en que se fundamenta. Entre las obras de las que se ha nutrido se encuentra la teoría de la acción, la corriente etogenética, la orientación dialéctica marxista y post-marxista, el contextualismo de Rosnow, la teoría de la estructuración de Giddens, el modelo transformacional de la actividad social, la teoría de la crítica de Habermas y la hermenéutica donde resalta Wittgenstein, Dilthey, Heidegger, Gadamer, Habermas, Ricoeur, así como las aportaciones de Foucault, entre otros (Limón, 2005b; Hoffman, 1996)

De acuerdo a Gergen el construccinismo social tiene por base el pensamiento crítico, ya sea social, cultural, político o lingüístico. El pensamiento crítico se postula como una vía para revisar los propios sesgos y supuestos, los cuales son parte de un proceso social de aprendizaje mutuo (Pakman, 1994).

El construccinismo social es una metateoría que considera que las ideas, los conceptos e incluso los recuerdos ocurren en el intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman, 2004). La interpretación social y la influencia intersubjetiva que suceden en el diálogo favorecen ciertos significados que construyen un sentimiento de identidad.

Los construccinistas sociales centran su atención en las relaciones sociales, afirmando que el mundo que percibimos y los significados que atribuimos son derivados de interacciones

sociales. Las verdades fundamentales son miradas con escepticismo porque la realidad se concibe como una convención cultural mediada por el lenguaje bajo un contexto histórico. El lenguaje adquiere gran importancia en cuanto al significado que se gesta en las conversaciones. Asimismo, esta postura considera que aunque se actué habitualmente sobre un significado, éste es uno de los múltiples significados o interpretaciones posibles de un mismo acontecimiento y al igual que los significados pueden ser transitorios en el acto de conversar (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005; Limón, 2005b).

El construccionismo social propone principalmente que (Gergen, 2006a):

1. *El saber tiene un origen social.* El conocimiento del mundo y del yo tienen su origen en las relaciones humanas. Todo conocimiento es una construcción social, incluida la ciencia, por lo que es imposible privilegiar una verdad como superior, la ciencia al igual que otros conocimientos originados por otras tradiciones se encuentran presentes como diversas alternativas para vivir en común.
2. *La influencia central del lenguaje.* El lenguaje tiene un poder de transformación, si se desarrollan nuevas formas de hablar o desplazar el contexto de su utilización se contribuye a un cambio en la vida de la persona.
3. *El uso político del saber.* El construccionismo social comparte la visión pragmática de las afirmaciones sobre el poder, cuando las comunidades crean realidades (hechos y maneras de razonar) que inscriben en sus propias tradiciones y las declaran como verdaderas y buenas para todos construyen formas alternativas.
4. El *concepto del yo* es una construcción que sucede en lo social. El énfasis se coloca en las relaciones.

El construccionismo social al postular que el conocimiento del mundo y del yo tiene origen en las relaciones sociales, acepta que el saber, la razón, la emoción y la moralidad no residen en la mente sino en la interacción social. El construccionismo, además, invita a considerar los límites de las tradiciones, a extender el diálogo y a enriquecer nuestras maneras de practicar.

De acuerdo a McNamee (1997) el construccionismo se centra en los procesos que construyen nuestro conocimiento acerca del mundo social, en la conversación se construye y se reconstruye lo que sabemos acerca de la vida. Se aleja de la idea de la subjetividad por

estar relacionada a la ideología individualista, que señala al individuo como limitado en sus capacidades de interpretación y por el contrario se centra en la acción social. La dicotomía subjetividad-objetividad es reemplazada por descripciones relacionales. Su enfoque es social, porque considera que el significado es contingente a la respuesta de los demás.

Al respecto, Gergen sugiere la metáfora “proceso de textual” como una forma de comprender la investigación construccionista. Desde esta perspectiva el lenguaje por sí mismo no tiene un valor comunicativo hasta que otro “hace” algo con él o le otorga ese valor comunicacional. El potencial de comunicación comienza con la acción suplementaria, es decir, cuando otros privilegian las acciones otorgándoles significado. Los suplementos permiten o restringen el potencial de nuevas acciones y a su vez éstas pueden favorecer o limitar la posibilidad de significados particulares.

Además, cualquier interpretación previa puede modificarse en su significado con base a nuevos elementos. Los suplementos de las acciones validan la noción de un consenso acerca de la adecuación de las acciones y creencias que se desarrollan. Los recursos conversacionales de una persona orientan las interpretaciones que realiza de las acciones y también de sus elecciones de acciones. Los sistemas de creencias se conciben como modos de hablar negociadas en el discurso. El conocimiento es producto de la interacción y la negociación interpersonal, que favorece la apropiación de ciertos significados, que no son creaciones de la mente, sino un producto del discurso que los sustenta en un determinado contexto. El significado es generado y actualizado en el intercambio externo del individuo con otros, en el espacio interpersonal-social. En este sentido, el self es una construcción del diálogo que surge entre el individuo y las instituciones sociales, Gergen designa esta construcción social del sí mismo como “self relacional”. Por lo tanto, se habla de un self dialógico, integrado por distintas voces (en ocasiones contradictorias) y ordenado jerárquicamente (Gergen, 2006b).

Por su parte, Payne (2002) considera que dentro de la práctica terapéutica la orientación socio-construccionista supone que una historia no puede ser falsa ni verdadera, sino simplemente una construcción social, lo que permite aceptar múltiples relatos sin privilegiar ningún discurso. Los problemas de las personas son construcciones sociales, parte de un momento histórico y de una forma específica de pensar, que influyen en la forma de actuar de la persona.

Dentro de la terapia, la epistemología construccionista es un proceso de construcción de significados por medio del diálogo entre el terapeuta y el paciente, por lo que la relación que se establece toma gran importancia. El paciente en consulta expresa los aspectos que considera problemáticos en su vida, relacionándolos a su historia personal. Por su parte, el terapeuta ofrece una narrativa alternativa, que le permitirá al consultante re-escribir su historia a una forma más funcional en las relaciones que establece con su medio. El terapeuta es una especie de facilitador que lleva al paciente a obtener conciencia de la naturaleza discursiva y relacional de su experiencia (Botella, 1999).

## **2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y posmodernos**

### **2.1. Modelo estructural**

El Modelo Estructural fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX con el fin de brindar una respuesta al concepto de hombre como parte de su medio, luego de investigaciones emprendidas por Salvador Minuchin (1979).

El desarrollo del este modelo se relaciona en gran medida por las ideas que se fueron gestando en Salvador Minuchin desde su infancia, de la cual retoma la idea de jerarquía e interdependencia como fundamentales en su forma de hacer terapia. Minuchin nace en una familia de judíos rusos que emigran a Argentina en 1905 para vivir en una zona protegida por el antisemitismo, en su preparación secundaria es influido por su profesor de psicología, quien lo acerca a las ideas de Rousseau y le siembra el interés de defender a las víctimas de la sociedad, por lo que se interesa en estudiar leyes con el propósito de ayudar a delincuentes. Sin embargo, más tarde decide estudiar medicina e ingresa a la residencia de pediatría con psicología médica como subespecialidad (Bertrando y Toffanetti, 2004; Minuchin y Nichols, 1994).

En 1948 se muda a Israel para participar como médico del ejército y en 1950 (al terminar la guerra) regresa a Estados Unidos para estudiar psiquiatría con el propósito de volver a Israel como psiquiatra infantil. Ahí inicia su preparación simultáneamente en el Bellevue Hospital trabajando con niños psicóticos bajo la supervisión de Laureta Bender y como becario de psiquiatría infantil en el Jewish Board of Guardians. Se casa en 1951 y junto con su esposa emigran a Israel, donde es codirector de cinco instituciones para niños perturbados. Más

tarde, entre 1954 y 1958 regresa a Estados Unidos para realizar un entrenamiento psicoanalítico en el Instituto de Psicoanálisis William Alason en la ciudad de Nueva York, donde trabaja con delincuentes juveniles en la Escuela para Varones Wltwyck, a través de terapia individual y con la familia, en el que lentamente germinan sus experiencias en terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Minuchin y Nichols, 1994).

Posteriormente, trabaja con familias de bajos recursos en la Philadelphia Child Guidance Clinic en Estados Unidos, junto con Haley y Montalvo y en 1965 toma el cargo como Director de esta clínica, donde desarrolla programas de entrenamiento para terapeutas y personas no profesionales que trabajan con poblaciones de comunidades marginadas (Desatnik, 2004).

En 1970 Minuchin y sus colaboradores estudian problemas médicos como la diabetes infantil y la anorexia, encontrando una correlación entre ciertas características familiares (fusión, exceso de protección, dificultades para resolver conflictos) y una particular vulnerabilidad en el paciente diabético. Los mismos hallazgos fueron encontrados en casos con pacientes con asma psicósomática y anorexia nerviosa, por lo que a partir de estos estudios se comprendió que las familias con niños psicósomáticos mostraban una organización excesivamente rígida y aparentemente estable, por lo que la estrategia terapéutica a implementar requería la desestructuración de los modelos rígidos de la familia para conducirlos a una estructura más funcional.

A partir del éxito obtenido en el trabajo con familias, Minuchin publica su primera formulación sistemática en 1972 en un artículo denominado “Structural family therapy” y culmina su obra con la publicación de “Familias y Terapia Familiar” en 1974, logrado captar la atención de terapeutas hacia el modelo estructural. En 1975 concluye su cargo como Director de la clínica y es nombrado Director del centro de formación, donde trabaja hasta 1981 y resume su trabajo al lado de Fishman en el libro “Técnicas de terapia familiar” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### **Postura de trabajo y premisas del modelo estructural**

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de «estructura», que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado. Tiene como base la TGS, sin tomar en cuenta el paradigma

cibernético (Hoffman, 2004) por lo que concibe a la familia como un sistema sociocultural abierto y en transformación, compuesto por subsistemas que interactúan como un todo, con funciones necesarias para su permanencia y que afronta una serie de tareas evolutivas (Ochoa de Alda, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983).

La terapia estructural es un tratamiento breve (tres o seis meses con entrevistas semanales) que se centra en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. El síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *status quo*. De esta manera un sistema patológico queda conformado por alianzas y coaliciones rígidas, límites entre subsistemas demasiado porosos o rígidos con personas forzadas a ordenamientos triangulares, de tal forma que las jerarquías contienen alianzas intergeneracionales permanentes. Por lo que la tarea del terapeuta es atender el momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio (Ochoa de Alda, 2004).

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

Las metas de la terapia no sólo se dirigen a desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. La finalidad del tratamiento es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos, considerando (si es necesario) el apoyo de otros sistemas, privados o públicos, para enfrentar las exigencias de la etapa del ciclo vital evolutivo. El síntoma se considera como una reacción del sistema familiar ante la tensión del desarrollo vital, que desaparecerá cuando sus miembros sean capaces de adaptarse al contexto, por lo que la meta de la terapia es aumentar la flexibilidad de esas estructuras subyacentes (Ochoa de Alda, 2004; Minuchin y Nichols, 1994)

Minuchin (1979) explica la terapia estructural familiar como una terapia de acción, que consiste en modificar el presente no en explorar o interpretar el pasado, pues el pasado se manifiesta en la organización y funcionamiento actual. El objetivo de las intervenciones es transformar la estructura familiar presente. Y para ello se basa en tres propiedades del



sistema: 1) la transformación de la estructura permite la posibilidad de cambio, por lo que el terapeuta estructural se une a la familia y se utiliza como instrumento para modificar las posiciones de la familia y cambiar con ello su experiencia subjetiva; 2) la familia como sistema está organizada sobre la base de la regulación, alimentación y socialización, por lo que la tarea del terapeuta es modificar su funcionamiento a una forma más eficaz, competente y cooperativa, y 3) la familia tiene propiedades de auto-perpetuación y autoregulación, por lo que los cambios logrados en la terapia se conservarán (Minuchin, 1979; Desatnik, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De esta manera, la terapia consiste en rediseñar la organización de la familia de modo que se ajuste al modelo de normalidad del que parte el terapeuta estructural pero que toma en cuenta las variaciones culturales (Hoffman, 2004; Minuchin, 1979).

### **Conceptos básicos.**

Para Minuchin (1979), la familia es una unidad social que se enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo a los parámetros culturales. Experimenta cambios a lo largo de las distintas etapas de desarrollo que requieren su adaptación y reestructuración ante los cambios internos y externos, permitiéndole una continuidad, al tiempo que apoyan y estimulan el crecimiento de sus miembros. En este sentido, las funciones de la familia cumplen dos objetivos: a nivel interno, brindar protección psico-social a sus miembros y a nivel externo, proveer la acomodación a una cultura y transmitirla.

La terapia estructural debe partir de un modelo de la normalidad que le permita medir las anomalías, sin embargo ésta no puede ser distinguida de la familia anormal por la usencia de problemas, por lo que el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que le ayude analizar una familia. El esquema conceptual del funcionamiento familiar considera tres componentes para este modelo terapéutico: la estructura, el desarrollo en etapas de la familia y la adaptación del sistema familiar a las circunstancias para mantener una continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de sus miembros (Minuchin, 1979).

### ***Estructura familiar.***

La estructura familiar es la configuración en cuanto al número de elementos, sus posiciones y las formas de interacción entre subsistemas, tomando en cuenta la cohesión y

adaptabilidad familiar (Barcelata, 2007). Una familia se expresa través de pautas transaccionales, es decir, operaciones repetidas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Las pautas transaccionales que regulan las conductas de los miembros de la familia son mantenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar y otro idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (Minuchin, 1979).

La familia considerada como sistema tiende a mantenerse a sí mismo y ofrece resistencia al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas, pero toda desviación que sobrepasa el umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual.

Algunos aspectos que el terapeuta considera al estudiar la estructura familiar son los siguientes (Desatnik, 2004):

- *Límites*: están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación del sistema; para que el funcionamiento familiar sea adecuado, éstos deben ser definidos con precisión, ser claros, deben permitir el contacto entre subsistemas y otros sistemas.
- *Jerarquía*. Se refiere a la posición que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro. Define la función del poder y sus estructuras en las familias.
- *Alianzas*. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
- *Coaliciones*. Cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema, generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero.
- *Triángulos*. Tiene como función equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas; una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.
- *Frontera*. Interacciones gobernadas por reglas, que definen quien participa en el sistema, así como el grado en que los extraños pueden acceder a él. Las fronteras

regulan el flujo de información y de energía que un sistema vivo requiere para mantener el equilibrio en su contexto (Umbrager, 1983)

### *Tipos de familia.*

Por su composición las familias se clasifican (Minuchin y Fishman, 1984):

- Pas de Deux: Formada por dos miembros que se hayan vinculados simbióticamente, con prevalencia de dependencia y resentimiento mutuos.
- Tres generaciones: coexisten la generación de abuelos, padres e hijos, los cuales viven en íntima relación.
- Con soporte: donde uno de los hijos ejerce las funciones de crianza en los demás niños, fungiendo como representantes de los padres.
- Acordeón: un progenitor se encuentra alejado del sistema por temporadas, ya sea por que viaja o por que se encuentra en prisión, dificultándose en ocasiones su incorporación a las actividades familiares.
- Cambiantes: cambian constantemente de domicilio o de pareja, implicando respectivamente, la pérdida de la red de apoyo familiar o duelos constante en los hijos.
- Con huésped: un nuevo miembro es incorporado a la familia temporal o definitivamente.
- Con madrastra o padrastro: con un padre o madre adoptivo(a).
- Fantasma: aquellas que han experimentado la muerte o abandono de uno de sus miembros.
- Descontroladas: presentan problemas en la jerarquía, organización y límites familiares, implicando problemas de conducta o control.

Asimismo, dentro del sistema familiar existen *Subsistemas*: u *Holones* formados por generación, género, interés, función, los cuales pueden ser definidos como un todo diferenciado en funciones y nivel de poder dentro de un sistema mayor del que forman parte (Minuchin y Fishman 1984). Entre ellos se reconocen el subsistema conyugal, parental, fraterno y el individual.

- *Subsistema conyugal*. Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de construir una familia; sus principales características deben ser la complementariedad y la acomodación. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un sostén emocional.
- *Subsistema parental*. Inicia con la llegada del primer hijo, su tarea será la de protección al hijo sin descuidar sus necesidades como cónyuges, se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres pero al mismo tiempo lo excluya del

subsistema conyugal. Los niños necesitan alimentación, guía y control, por lo que la autoridad será fundamental si ésta no existe no se podrán ejecutar dichas tareas

- *Subsistema fraterno.* Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales, las posiciones que ellos establezcan en ese núcleo serán significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

Para la terapia estructural los subsistemas son importantes debido a que siempre se trabaja con las partes de un sistema mayor y una forma de diferenciarlos son los límites.

### Intervenciones

Dentro de las intervenciones estructurales existen tres estrategias principales, cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar. La Tabla 1 describe cada una de ellas y las técnicas que las conforman.

Tabla 1  
*Estrategias y Técnicas de intervención estructural*

ESTRATEGIA	TÉCNICAS	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
<b>Cuestionar el síntoma</b>  El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Por lo tanto se cuestiona la definición que la familia tiene del problema a fin de moverlos a respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.	Escenificación	Consiste en llevar a la familia a poner en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia, en el contexto de la sesión.
	Enfoque	Se selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con las estrategias y objetivos terapéuticos.
	Intensidad	Se emplea la repetición del mensaje, metáforas e imágenes, interacciones isomórficas, modificando el tiempo de las interacciones o haciendo cambios de distancia de manera que la familia registre la importancia del mensaje.
<b>Cuestionar la estructura</b>  Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de <i>holones</i> significativos puede dar lugar a diferentes modos de sentir, pensar y actuar,	Fronteras	Modifica la participación de los miembros de la familia en diferentes holones,
	Desequilibrio	El terapeuta modifica la distribución de poder estableciendo alianzas o coaliciones para cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.
	Complementariedad	Esta técnica cuestiona la realidad lineal de la familia respecto al problema y su recorte de la realidad. El terapeuta puede introducir incertidumbre por medio de preguntas o declaraciones apoyadas de su experiencia.
<b>Cuestionar la realidad familiar</b>  Se cuestiona la realidad	Constructos cognitivos	El objetivo de esta técnica es que la familia adquiera una visión del mundo más flexible y plural, apoyándose de símbolos

construida por la familia, la cual ha conducido a pautas disfuncionales, a través de nuevas modalidades de interacción que modifiquen la visión de la realidad.		universales (valores, premisas culturales), verdades familiares y/o consejos especializados.
	Lados fuertes	La técnica pretende resaltar los recursos y logros de la familia o de algunos de sus miembros.
	Paradojas	Esta intervención tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización de tal manera que el síntoma deja de ser necesario. Al respecto Minuchin y Fishman (1984) refieren que el abordaje estructural considera a la familia como un organismo, es decir, un sistema complejo que funciona mal, en que el terapeuta quebranta la homeostasis existente, produciendo una crisis que conduce al sistema a elaborar una mejor organización.

### Consideraciones del modelo

El modelo estructural continúa siendo un enfoque de la Terapia Familiar vigente y eficaz para las problemáticas que presentan las familias en la actualidad. El marco conceptual de este modelo puede ser utilizado en diferentes culturas, estratos sociales y en distintas formas de organización y estructura familiar (Hoffman, 2004). En México por ejemplo, puede ser considerado como una alternativa viable ante problemáticas relacionadas a la demarcación de fronteras en relación a la familia extensa y nuclear, las cuales generalmente son difusas en las familias mexicanas. Asimismo, el modelo estructural puede ser de gran eficacia en familias que presentan problemáticas con hijos pequeños o adolescentes, sobre todo en lo que respecta a la fijación de límites.

Cabe señalar que aunque el modelo estructural propone las diferentes posiciones en que puede coparticipar el terapeuta, las intervenciones como terapeuta se realizan desde una posición de experto, lo cual puede ser una ventaja para muchas familias que recurren a terapia, pero al mismo tiempo una limitante cuando el estilo del terapeuta no coincide con la directividad.

### 2.2. Modelo estratégico

De acuerdo a algunos autores (Galicia, 2004; Hoffman, 2004) Jay Haley fue el primero en acuñar el término “estratégico” para describir cualquier terapia en donde se diseñan

intervenciones específicas para cada problema. Aunque Weakland, Watzlawick y Fisch se ubican dentro del campo estratégico, ellos difieren del modelo estratégico propuesto por Haley, pues más que interesarse en la estructura familiar, se centran en la solución del problema.

Para Haley la terapia estratégica es definida como aquella en donde el terapeuta conserva la iniciativa y en la que debe identificar problemas solucionables, establecer metas, diseñar intervenciones, examinar las respuestas de la familia para de ser necesario corregir su enfoque y finalmente, evaluar el resultado para determinar su eficacia. Por lo mismo, Haley considera que la terapia estratégica más que un enfoque o teoría particular consiste en varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la persona.

El modelo desarrollado por Haley se fundamenta en tres pilares, entre los que se ubican los estudios sobre la comunicación humana del grupo de Gregory Bateson, la influencia del enfoque ericksoniano y el acercamiento al tratamiento con familias por Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Galicia, 2004).

Entre los años de 1952 a 1962 Jay Haley participa en los estudios sobre la comunicación, emprendidos por el grupo de Gregory Baeson, en Palo Alto. Después de la publicación del artículo “Doble vínculo” (1956), Jay Haley divulga en 1958 su primer trabajo individual titulado “El arte del psicoanálisis”, donde propone el método del psicoanálisis como una forma de introducir al paciente en un doble vínculo del que sólo una persona sana puede salir (Bertrando y Toffanetti, 2004). Posteriormente, en 1963 publica “Estrategias de Psicoterapia”, obra en la que expone su propia reflexión sobre los trabajos realizados con el grupo de Bateson y plantea como unidad de análisis en la terapia a la díada para posteriormente proponer la *tríada*.

Por otra parte, la observación que Haley hace sobre el trabajo de Milton Erickson entre 1952 y 1960, le permite desplegar una de las ideas principales en el Modelo Estratégico: la que contempla que el poder se manifiesta en las relaciones humanas a través de luchas para definir quién pone las reglas, por lo que el síntoma es una forma más por definir la relación y la tarea del terapeuta es mantener su propia postura de poder a fin de resolver el problema. De esta manera, la noción de que el terapeuta debe ser un elemento activo y

directivo forma parte de la naturaleza de la terapia estratégica (Bertrando y Toffanetty, 2004; Galicia, 2004).

Asimismo, el estilo terapéutico de Haley es influido por el trabajo emprendido con familias como parte de la invitación de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en 1967 para formar parte del recién fundado Instituto de Terapia Familiar, lugar de donde retoma la noción de jerarquía con pacientes adolescentes (Galicia, 2004).

Entre los principales representantes del modelo estratégico también podemos encontrar a Cloé Madanes, quien se une a la propuesta de Haley y desarrolla en conjunto conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigen el Instituto de Familia en Washington.

### **Postura de trabajo y premisas del modelo estratégico**

El Modelo Estratégico se concibe como contrario a los tradicionales, para este el pasado no constituye un elemento importante para el desarrollo de la terapia, tampoco la interpretación y el conocimiento del sí mismo resultan favorables para lograr el cambio. Su foco se ubica en el presente y el cambio se produce a través de acciones directivas que el terapeuta implementa para cada caso en particular. Su método es distinto en cada familia porque cada una presenta características y situaciones específicas.

Haley analiza a la familia como una organización social que debe ser vista en términos jerárquicos. Retoma de la teoría de los sistemas el *principio de secuencias de comportamiento reiteradas*, que le permite la predicción e intervención terapéutica con un pronóstico de lo que acontecerá, tomando en consideración la organización familiar e institucional, a fin de emplearla como un elemento explicativo del comportamiento inadecuado y como un componente sobre el cual incidir para promover el cambio.

Una regla fundamental del modelo de Haley (2005) indica que cuando en una organización social se establecen coaliciones secretas entre distintos niveles jerárquicos, y además, se presentan frecuentemente, esta organización entra en peligro. Por lo que el terapeuta tendrá que identificar esas coaliciones o jerarquías confusas para conducir las a una más congruente, es decir, se cambian las estructuras inadecuadas de poder existentes en la familia que transgreden los cánones sociales. Desde esta perspectiva, se considera que la manera no acertada de actuar del cliente, no se debe a él, sino al contexto en el que se

encuentra. La queja puede presentarse la mayoría de las veces por confusión en la jerarquía familiar, dando como resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo vital de la familia, por el cual se atraviesa. Enfatiza en la comunicación analógica, pues plantea que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución.

Los problemas son fundamentalmente relacionales y se conciben en términos de triángulos, donde es importante ver y tratar el aquí y el ahora. Haley considera que si bien a la terapia llega el paciente con una queja, ésta puede definirse en diferentes unidades sociales, entendiendo que la queja es producto de la interrelación que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran de alguna manera estereotipados. Por tal motivo, además del paciente, las personas involucradas se han adaptado a esa forma de interrelacionarse, por lo que el terapeuta debe lograr modificar esos comportamientos (Haley 2005).

Por lo tanto en la terapia estratégica es importante diferenciar entre el problema presentado en la terapia y el problema identificado mediante la aplicación de un diagnóstico o una determinada caracterización de un individuo o familia. Para ello, algunos elementos que el terapeuta estratégico debe tomar en cuenta en su intervención son:

1. Los problemas son cuestiones fundamentalmente relacionales, más que individuales.
2. En los problemas es importante saber ver y tratar el aquí y el ahora.
3. Es necesario individuar y definir el problema específico, y por tanto proceder a tratar solamente eso, sin proponerse cambios relativos a entidades menos definidas, como la personalidad y el carácter.
4. El comportamiento observable es el que cuenta en la terapia, no las ideas sobre sí mismo, los otros y la naturaleza de los problemas referidos por las personas.
5. El camino que se escoge es siempre el más corto posible.
6. La atención del terapeuta no debe ir a la comprensión de las causas del problema, sino a la solución de los problemas.
7. El terapeuta debe ser activo.
8. La definición del problema concierne al cliente.



Asimismo, la propuesta de intervención del modelo estratégico es abarcar la red social más amplia de la familia e incluir también a los profesionales, que tienen poder sobre la persona que presenta el problema, en el diseño del plan terapéutico. La función del terapeuta es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema y estar atento al hecho de que él mismo es parte del problema; al ser un elemento de control social, debe ver las coaliciones en que se ve inmerso y por lo mismo reflexionar sobre el ejercicio de su función y el lugar que ocupa en el sistema social (Bertrando y Toffanetti, 2004; Haley, 1985).

Los objetivos de la terapia son impedir la persistencia de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas en la vida de las personas, de tal manera que el cambio se traduzca en un comportamiento novedoso y a veces imprevisto. (Haley, 1985). Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí. A menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema y por resolverlo de tal modo que el cambio lleve a la solución del conflicto que había presentado la familia originalmente (Madanes, 2001; Ochoa de Alda, 2004).

De acuerdo a Madanes (2001) el cambio se plantea en etapas de manera que cuando éste se presente en una situación inducirá un primer cambio y éste otro más. La forma de planear la estrategia implica sustituir el sistema que presenta la familia por otro anormal para después reorganizarla en una jerarquía más funcional.

### **Intervención estratégica: terapia en etapas**

Haley (1989) propone una terapia basada en etapas donde la definición clara y precisa del problema conducirá al éxito. En la entrevista inicial el terapeuta recoge la información al tiempo en que influye en el paciente; siendo cuidadoso en dirigir el posible hecho de que se oculte información, ya sea sugiriendo directa o indirectamente tal conducta a fin de mantener la directividad en la sesión y evitar el control del paciente en la situación terapéutica. Las etapas de la entrevista estratégica se explican a continuación (Galicia, 2004; Haley, 2005):

- **Etapas sociales:** es el primer momento de contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quién deberá hacerlos sentir cómodos y al mismo tiempo hacerles ver y sentir que cada uno es importante en la tarea de ayudar al paciente identificado, deberá

observar comportamientos que le indiquen el estado de ánimo de la familia, las normas disciplinarias, las alianzas y las coaliciones, lo que le permitirá ponerse en sintonía y proporcionará elementos para iniciar la etapa siguiente.

- Etapa del planteamiento del problema: en este momento el terapeuta dirige la conversación con el objetivo de obtener el sentir de cada uno de los integrantes de la familia respecto del problema. El terapeuta formula una pregunta relacionada al motivo de consulta, considerando la forma en que establece la pregunta, a quién la dirige, teniendo en cuenta la jerarquía.
- Etapa de interacción: una vez que el terapeuta, a través de un manejo directo de la conversación, ha obtenido la opinión de todos, se procede a iniciar esta fase que consiste en que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema; su intención deberá ser la de alentar el diálogo familiar. El propósito es reunir información que posibilite al terapeuta identificar las pautas de comunicación en la familia, describir su organización jerárquica y tener claro cuál es la estructura familiar.
- Etapa de definición de cambios o metas: requiere que la familia formule los cambios (observables, medibles y operacionales) que desea lograr en la terapia, lo que permite establecer el contrato terapéutico y fijar las metas. El terapeuta debe contar con datos de frecuencia del problema, la forma en que se presenta y desaparece, la intensidad y soluciones intentadas. Se considera que en esta etapa es adecuado emplear la *redefinición del problema* y la *connotación positiva*.
- Conclusión de la entrevista: concluye con la concertación de una nueva cita y de ser el caso, con la solicitud de la presencia de un miembro ausente.

Las etapas de la entrevista llevadas adecuadamente permiten el compromiso para el cambio en los miembros de la familia. Al respecto es importante aclarar que el problema no se limita a la primera sesión, sino que surgirán nuevas metas de acuerdo a las situaciones generadas en la terapia.

### **Intervenciones: las directivas**

El trabajo de Haley se distingue por el uso de directivas, las cuales hacen referencia a las tareas empleadas por el terapeuta que tienen como propósitos: a) lograr que los miembros de la familia generen nuevas conductas, b) intensificar la relación terapéutica otorgando mayor estatus al terapeuta y c) obtener información.

De acuerdo al modelo estratégico las directivas pueden ser de dos tipos (Galicia, 2004, Haley, 2005):

- 1) Directas: son prescripciones que se basan en el acatamiento de las ordenes explicitas del terapeuta y pueden darse de dos maneras: solicitando que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o pidiendo que se haga algo diferente. Este tipo de directivas incluyen las directivas metafóricas, utilizadas cuando al paciente no le es fácil encarar un problema.
- 2) Indirectas: consisten en decirle a la familia lo que deben hacer con la intención de que se revelen y no las lleven a cabo. Las tareas paradójicas se utilizan cuando las familias rechazan todos los intentos de solución planteados; la opción es dar dos mensajes en distintos niveles: que *cambien y no cambien*.

Algunos realizan intervenciones directas, que esperan sean aceptadas o acatadas. Otros realizan intervenciones paradójicas destinadas a provocar a la familia para que cambie rebelándose contra el terapeuta. La comunicación es paradójica cuando incluye dos mensajes que se califican mutuamente de manera conflictiva. Sin embargo, Haley ha sostenido que toda terapia contiene una paradoja y que es ésta la que produce el cambio (Madanes, 2001).

### **Consideraciones del modelo**

La terapia estratégica ha proporcionado un modelo eficaz y ahorrativo para el cambio. Este modelo ofrece una forma de terapia breve que busca la efectividad en la solución de los conflictos por los que se presentan las familias. Una de las ventajas que se puede apreciar de este enfoque consiste en que es aplicable a familias, parejas o individuos sin que por ello disminuya su eficacia. Otro aspecto a rescatar del modelo es que al centrarse en el presente y en la definición clara y operacional del problema la duración de la terapia es breve.

El modelo estratégico además tiene gran viabilidad en la aplicación con familias no sólo por ser una terapia breve, sino también porque implica un costo moderado para familias con bajos recursos, que requieren una solución eficaz al problema que llevan a terapia.

Por otra parte, algunas críticas que se han hecho al modelo (Hoffman, 2004) se refieren al uso de estratagemas por los terapeutas con el fin de lograr el cambio, lo cual resulta

manipulativo. Sin embargo el mismo Haley hace un análisis sobre la importancia del manejo ético en la terapia, en el cual destaca las condiciones éticas bajo las que se conduce el terapeuta estratégico.

### **2.3. Modelo de terapia breve centrado en los problemas**

El modelo de terapia breve tiene sus orígenes en el Mental Research Institute (MRI), fundado en 1959 por Don D. Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, entre otros. Este grupo estaba estrechamente vinculado con el trabajo desarrollado por Gregory Bateson desde años atrás y las aportaciones sobre la Cibernética de las Conferencias Macy (Bertrando y Toffanetti, 2004), por lo que es importante hacer un recuento para identificar de qué manera influyeron en el origen y desarrollo de la Terapia Breve centrada en el problema.

#### **Conferencias Macy**

Las conferencias Macy fueron una serie de encuentros interdisciplinarios en donde por primera vez se escuchó el concepto de cibernética. La primera conferencia se llevó a cabo el 11 de mayo de 1942 teniendo como tema la “Inhibición cerebral”; en 1943 se publica un artículo derivado de ese encuentro “Behavior, purpose and teleology” por Wiener, Rosenblueth y Bigelow, aquí se establecen las bases para un nuevo paradigma científico. Sin embargo, la segunda guerra mundial interrumpe las reuniones, reanudándose cuatro años después. En 1946 se realiza una reunión bajo el título “Mecanismos teleológicos y sistemas causales circulares”, en la que participan personajes como Rosenblueth, John Von Neuman, Rafael Lorente de No, Warren McCulloch, Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton Erickson y Lawrence Kubie (Wittezaele y García, 1994).

Las aportaciones que ofrecieron este conjunto de conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia, debido a que propusieron nuevas formas de explicación no sólo del campo de la ingeniería sino también de la biología y el área social (Vargas, 2004). Algunos de los conceptos que se desarrollaron, a partir de estos encuentros permitieron fundar las bases de lo que es hoy en día la Terapia Familiar Sistémica. Siendo la diferencia entre claves analógicas y digitales; la retroalimentación negativa y positiva y su relación con la entropía; la teoría de los tipos lógicos; causalidad circular en los sistemas biológicos y sociales y la Información, algunos conceptos derivados de las conferencias.

De forma particular, la cibernética logró ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos, debido a que considera que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener cierta constancia e interpretar que toda constancia se mantiene a través del cambio. Así Bateson, retomó las aportaciones de la cibernética en la explicación del comportamiento, sumándole una serie de conceptos con base a estudios antropológicos que implementó y creando una nueva epistemología que promovió el origen a la Terapia Sistémica (Bertrando y Toffanety, 2004).

### **Proyecto Bateson sobre la comunicación**

El interés de Bateson sobre los planteamientos de la cibernética, le llevaron a interesarse en los estudios de la comunicación, iniciando por ello distintas investigaciones, entre las que se destacan por su orden cronológico (Vargas, 2004):

- Un estudio sobre la comunicación humana con el psiquiatra Jurgen Ruesch.
- El estudio sobre la comunicación en animales, observando a las nutrias en el zoológico.
- Entrevistas y observaciones en el contexto psiquiátrico, en 1949, con el propósito de identificar detalles sobre el intercambio de mensajes en psicoterapia.
- El estudio auspiciado por la Fundación Rockefeller do en 1952 para investigar la naturaleza y los niveles en la comunicación, para el cual decide formar un equipo constituido por el ingeniero químico John Weakland; un pasante de comunicación social, Jay Haley; el psiquiatra, William Fry.
- En 1953, el grupo antes formado emprende una investigación con mayor profundidad de la práctica en psicoterapia, principalmente con pacientes esquizofrénicos.
- En 1954, al concluir el financiamiento de la Fundación Rockefeller, Bateson y su grupo de trabajo, que apenas habían identificado como campo de estudio “la comunicación de los esquizofrénicos” tienen un acercamiento con Don Jackson, quién dirige el departamento de psiquiatría de la Clínica Médica de Palo Alto y al que Bateson habla sobre su proyecto, ya que consideraba que el tema que estudiaba Jackson (homeostasis familiar) se relacionaba con los objetivos de su investigación (Bertrando y Toffanety, 2004).

En 1976, Bateson, Haley, Jackson y Weakland publican el artículo llamado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en el que se explica el fenómeno del doble vínculo y se mencionan las seis condiciones básicas: 1) la participación de dos personas o más, 2) una experiencia repetitiva, 3) una orden negativa primaria, 4) una orden secundaria que entra en conflicto con la primaria, 5) una orden negativa terciaria, que impide a la víctima escapar de la situación y 6) una vez que la víctima ha aprendido a estructurar su mundo a partir del doble vínculo, no es necesario que estén todos los elementos (Wittezaele y García, 1994).

Así llegan a las conclusiones de que esta clase de secuencia de doble vínculo aparece cuando se dan pautas contradictorias en la comunicación; que puede ser una condición necesaria para el surgimiento de la esquizofrenia, pero no explica suficientemente la etiología; que enfatiza en la comunicación observable, la conducta y los contextos que los relacionan, no sólo en los estados afectivos y perceptivos de los individuos y que es un sistema relacional que produce conflicto y angustia subjetiva (Vargas, 2004).

### **Formación del MRI**

En 1959 Don D. Jackson funda el Mental Research Institute (MRI) y conforma un equipo de trabajo integrado por Jules Riskin, Virginia Satir, Haley, Weakland y Watzlawick, así como Gregory Bateson quien era un consultor externo. El interés del grupo residía en los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en las familias con un miembro esquizofrénico (Vargas, 2004).

A finales de los años cincuenta las diferencias entre Bateson y el equipo se hacen notorias, debido a que él nunca estuvo interesado en la terapia ni en la enfermedad mental. Mientras que Jackson pretendía desarrollar al máximo la parte terapéutica del enfoque. Diferencia que lleva a Bateson a abandonar la psiquiatría y retomar la investigación de la comunicación animal. Por lo que el resto del equipo continuó en Palo Alto, bajo la dirección de Don Jackson (Wittezaele y García, 1994).

Más adelante, Riskin y Satir se separan del grupo y Don Jackson decide formar “El proyecto de terapias breves”, dirigido por de Richard Fish, teniendo como asociados a Arthur Bodin, Jay Haley, Paul Watzlawick y John Weakland, (Szprachman, 2003). Este proyecto tiene por objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas expuestos por los clientes;

transformar el arte de la terapia en un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros fácilmente y estudiar el cambio en los sistemas familiares. De tal manera que esto se convirtió en parte del origen del modelo de terapia breve centrada en el problema (Bertrando y Toffanety, 2004).

### **Postura de trabajo y premisas principales**

Cuatro de los principales cuerpos teóricos de los que se nutre este modelo para fundamentar su abordaje e intervención son: la Teoría de Grupos, la Teoría de los Tipos Lógicos, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.

Las primeras dos teorías sirven para encuadrar las reflexiones orientadas al proceso del cambio. Así por un lado, Watzlawick, Weakland y Fisch (1974), retoman los postulados básicos de la Teoría de Grupos para explicar que un grupo posee las siguientes propiedades: a) está compuesto por miembros, b) los miembros se pueden combinar en distinto orden y la estructura seguirá siendo la misma, c) un grupo contiene un miembro de identidad y d) cada miembro tiene su recíproco opuesto, que al combinarse da el miembro de identidad.

Esta teoría proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema, que permanece invariable, por lo que define la persistencia, es decir, un cambio tipo 1. (Bateson, 1975). Explica cómo las acciones que se implementan para el cambio activan procesos homeostáticos que mantienen el equilibrio establecido en el grupo.

Por otro lado, la Teoría de los Tipos Lógicos refiere que los componentes de la totalidad son denominados *miembros*, mientras que la totalidad es denominada clase en lugar de grupo. Su axioma principal menciona que “cualquier cosa que comprenda o abarque todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”. De esto se derivan dos conclusiones: 1) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones, y 2) pasar de un nivel al inmediatamente superior, supone una discontinuidad que dirige fuera de un sistema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Esto está sumamente relacionado con el concepto de doble vínculo, ya que en el lenguaje paradójico tenemos que la clase es un miembro; por lo que los niveles de abstracción se confunden generando un lenguaje incomprensible (Bateson, 1975).

La unión entre ambas teorías generan dos tipos de cambios: *cambio tipo 1*, donde el sistema permanece inmodificable y *cambio tipo 2*, donde el sistema se cambia.

En lo que respecta a la Teoría General de los Sistemas, se retoma la idea de sistema abierto como un conjunto de elementos y de relaciones entre estos y sus atributos; se considera, además, que estas relaciones están determinadas principalmente por la comunicación y que las propiedades de los sistemas son: totalidad, no sumatividad, retroalimentación, equifinalidad, estabilidad y homeostasis. Bajo esta teoría la interacción es entendida como procesos circulares que se aprecian en secuencias de hechos. Además, facilita una descripción para explicar de qué forma los sistemas con interacciones estables permanecen unidos a través de procesos homeostáticos, a pesar de vivir situaciones que generan sufrimiento (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Por último, de la Teoría de la Comunicación Humana, publicada en 1967 por Watzlawick, Beavin y Jackson, se retoman los cinco axiomas de la comunicación: 1) es imposible no comunicar, 2) toda comunicación tiene un elemento de contenido y uno relacional, 3) la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, 4) todos los seres humanos se comunican tanto digital (verbal) como analógicamente (no verbal) y 5) todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en igualdad o en la diferencia. Estos axiomas permiten un abordaje pragmático de la interacción entre personas y el análisis de las distorsiones en la comunicación.

### **Características del modelo**

La Terapia Breve centrada en el problema no se basa en un diagnóstico normativo, ni se interesa por las causas subyacentes o relativas al pasado; considera que el problema se debe a conductas actuales por lo que para eliminarlas debe alterar el patrón de interacción familiar. Entre las principales características del modelo se ubica: un interés activo por la definición precisa de intervenciones que tienen por objetivo bloquear o interrumpir los circuitos considerados externos al terapeuta-observador, no buscar patología, no ser



normativo pues no plantea un “deber ser”, considera que el problema se da por un mal manejo de las situaciones cotidianas o por una mala adaptación a las transiciones del ciclo vital de la familia, busca la construcción de una nueva visión de la realidad y una nueva definición del problema para que los clientes puedan resolverlo (Espinoza, 2004).

Asimismo, la terapia del MRI, considera que un problema se refiere a una dificultad que ha intentado solucionarse de forma inadecuada, por lo que al no obtener el cambio deseado, se persiste en la solución intentada. Tres formas de encarar mal las dificultades son (Watzlawick et al., 1974):

- ❖ Intentar una solución negando que un problema realmente lo sea.
- ❖ Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde la práctica es inmodificable: se emprender una acción cuando no debería emprenderse.
- ❖ Cometer un error de tipo lógico, se intenta un cambio tipo 1, cuando se requiere un cambio de tipo 2.

De acuerdo con lo anterior, para identificar el tipo de problema que puede presentarse en terapia, es importante clasificar las posturas que pueden tomar las personas frente a sus dificultades en (Wittezaele y García, 1994):

- *Terribles simplificadores*: Es la negación de que existe un problema; las simplificaciones resultan siempre inadecuadas porque no dan lugar al cambio.
- *Síndrome de utopía*: Es contrario al terrible simplificador, ya que es aquél que ve soluciones donde no las hay. El síndrome de utopía puede tomar una de tres posibles formas: 1) *introyectiva*, es el resultado de un profundo y doloroso sentimiento de ineptitud personal para alcanzar un objetivo que en la realidad es innacesible; 2) *demora agradable y solución definitiva*, consiste en poner distancia al objetivo deseado pues llegar a la meta implica un largo viaje y 3) *proyectiva*, su ingrediente básico es una actitud moralista rígida por parte del sujeto, que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción asume la responsabilidad misionera de cambiar el mundo.

### **Tipos de consultantes**

Una de las tareas del terapeuta es influir en el paciente de manera que este abandone sus antiguas soluciones y de paso a las tareas terapéuticas. Para lograr esto, el terapeuta deberá

tomar en cuenta la postura del cliente. Conocer la posición de este, le permitirá evitar comentarios que generen resistencia y facilitará la colaboración a las sugerencias que imponga (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Algunas posturas del cliente frente al problema son: enfrentar el problema como una situación que requiere un cambio urgente o como una condición que no necesita un cambio con urgencia; adoptar una posición pesimista o grandilocuente frente al tratamiento; manifestarse pasivo o activo ante la solución del conflicto. Tres tipos de consultantes con lo que se puede enfrentar un terapeuta según O'Hanlon y Davis (1989) son: a) comprador, está dispuesto a ser influenciado por el terapeuta, emprende las tareas puesto que le urge cambiar; b) quejoso, acude al terapeuta a quejarse de otra persona y c) visitante, considera que realmente él no tiene problema alguno puesto que acude a terapia por imposición de un tercero.

Considerando lo anterior para el terapeuta breve es imprescindible planificar tanto la primera sesión como el caso en sí para ello durante la primera sesión recaba información referente a la naturaleza del problema.

Los pasos para llevar a cabo un proceso con éxito son (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Szprachman, 2003):

- *Tener una idea clara del problema del cliente, así como una comprensión completa y exacta de los esfuerzos implementados para contrarrestarlo, es decir las soluciones intentadas.*
- *Acordar los objetivos terapéuticos que se desean alcanzar, determinando los datos que indicarán el éxito o fracaso de la terapia.*
- *Planificar las estrategias de cambio formulando tácticas concretas e implementarlas de manera eficaz*

El terapeuta toma en cuenta lo que sucede en las interacciones interdependientes del paciente (consigo mismo, con los demás, con el mundo); cómo funciona el problema; las soluciones ensayadas, y las formas en que es posible cambiar la situación problemática.

**Intervenciones**

Nardone y Watzlawick (1990) describen dos categorías de estrategias orientadas a la intervención: las prescripciones de la conducta y las acciones y comunicación terapéutica.

Tabla 2  
*Estrategias orientadas a la intervención.*

Prescripciones del comportamiento.	Acciones y comunicación terapéutica
<p>Pueden ser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directas. Indicaciones claras de acciones a realizar, aplicables a personas colaboradoras.</li> <li>• Indirectas. Prescripciones que tiene por fin producir algo distinto de lo que ha dicho.</li> <li>• Paradójicas. Tareas en que se solicita la ejecución voluntaria del síntoma. Implican volver voluntarias las conductas incontrolables que se han querido evitar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aprender a hablar el lenguaje del paciente.</i></li> <li>• <i>Reestructuración:</i> implica una propuesta de diversas perspectivas. Pueden presentarse como redefiniciones cognoscitivas, reestructuraciones paradójicas o sugerencias evocativas.</li> <li>• <i>Evitar las formas lingüísticas negativas.</i></li> <li>• <i>Paradoja y comunicación paradójica:</i> fomenta la continuidad sintomática a fin de intensificarla y llevarla a la exasperación.</li> <li>• <i>Resistencia:</i> se prescribe a fin de anularla.</li> <li>• <i>Anécdotas, relatos y metáforas para emitir mensajes.</i></li> </ul>

Estas prescripciones tienen como función hacer que el paciente viva situaciones concretas de cambio sin que medie la presencia directa del terapeuta.

Otros autores (Fisch et al., 1982), dividen las intervenciones en: principales, enfocadas a la solución del problema y en generales, aplicables a cualquier problema. A continuación se explican cada una de ellas:

**Intervenciones principales**

1. *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir en forma espontánea.* El paciente experimenta un problema perteneciente a sí mismo, generalmente relacionado con perturbaciones en el rendimiento físico o mental. Para solucionarlo el paciente toma medidas para corregirlo y evitar su reaparición. El terapeuta consigue el cambio cuando implícitamente consigue que el paciente renuncie a sus intentos. Para lograr esto, el terapeuta suministra razones y directrices que conduzcan al paciente a experimentar el problema (fracasar en su rendimiento) mediante dos argumentos: 1)

- le explica al paciente que hace falta información necesaria para solucionar el problema, por lo que es necesario que lo experimente de manera que pueda observarlo sin la angustia que vive al tratar de evitarlo. 2) Solicita al paciente experimentar la conducta sintomática como primer paso para controlar la conducta.
2. *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Los pacientes experimentan estados de ansiedad de carácter autorreferencial. El intento con el que pretenden solucionar su conflicto consiste en dominar con anticipación la situación temida. La estrategia de solución del terapeuta consiste en exponer al paciente al acontecimiento temido, sin que tenga éxito.
  3. *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Son problemas de carácter interpersonal. La persona que experimentan este tipo de conflictos intenta convencer a otra persona de modificar su conducta, exigiéndole que le trate como si fuera superior. La forma de evitar esta solución es llevar a la parte quejosa a asumir una posición inferior o implementar el “sabotaje benévolo”.
  4. *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Este intento de solución consiste en tratar de conseguir una respuesta espontánea en otra persona por medio de la premeditación. La intervención del terapeuta está orientada a que el paciente realice sus peticiones de forma directa.
  5. *Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Son conflictos relacionados a sospechas de que otra persona realiza una acción equivocada (infidelidad, delincuencia o adicciones). La solución consiste en que una de las partes abandone su conducta o que el terapeuta interfiriera con una postura neutral.

### **Intervenciones generales**

1. *No apresurarse.* El terapeuta solicita no apresurar la solución del problema debido a que requiere una adaptación paulatina. Es una intervención útil en pacientes que se esfuerzan demasiado, que delegan toda la responsabilidad al terapeuta o en situaciones en que se han generado mejorías.
2. *Peligros de una mejoría.* Se aplica en pacientes que se muestran resistentes al cambio. El terapeuta hace preguntas referentes a los peligros inherentes a la mejoría o expone posibles inconvenientes.

3. *Cambio de dirección.* El terapeuta cambia su postura o estrategia en relación al problema, ofreciendo una nueva explicación de dicha variación.
4. *Como empeorar el problema.* Si después de varias entrevistas no se ha logrado un cambio, el terapeuta abandona la postura de “esto podría ser útil” para hacer sugerencias de cómo empeorar el problema, prescribiendo las conductas que el paciente ha estado realizando.

Las intervenciones propuestas por este modelo tienen como propósito romper la secuencia de los hechos, ya sea impidiendo una conducta que mantiene el problema o cambiando la idea del cliente sobre el problema, es decir, generar cambios de tipo 2 en la vida de las personas.

### **Consideraciones finales**

El modelo de terapia breve centrado en el problema ofrece un enfoque parsimonioso que promete alta eficacia en los problemas que presenta el paciente. Principalmente en problemas relacionados al rendimiento sexual, ansiedades, fobias y adicciones. Sin embargo, son varias las críticas que se han desprendido a partir de este modelo. Para algunos psicoterapeutas el enfoque del MRI puede resultar presuntuoso, así como ser un modelo poco empático a las emociones del paciente. Sumado a esto, se han criticado las intervenciones del terapeuta por considerárseles manipulativas y carentes de conocimiento profundo de la vida del paciente (Nardone, 1997; Wittezaele y García, 1994).

Para Ceberio (2002) muchas de estas críticas son debidas al desconocimiento epistemológico del modelo sistémico, ya que provienen de otros modelos teóricos ortodoxos, que los lleva a defender pensamientos basados en su trabajo terapéutico.

De manera personal pueden hallarse pros y contras en la terapia breve. Sin embargo, lo más significativo de este modelo es la solución rápida y eficaz que se pretende alcanzar en el paciente. Pues la mayoría de personas en nuestro país no cuenta con recursos suficientes para pagar terapias prolongadas. Sumado a esto, se sabe que las instituciones que ofrecen servicios psicológicos a los ciudadanos están saturadas de pacientes y requieren niveles de eficacia elevados para dar cauce a las problemáticas que presenta la población. Por lo tanto, implementar una terapia con estas características permite obtener grandes ventajas no sólo

en el aspecto institucional, sino también en la vida cotidiana de las personas que logran cambios que les permiten continuar sus vidas sin conflicto.

### **2.4. Modelo de terapia breve orientada a soluciones**

La mayoría de las terapias que surgieron en el siglo pasado tenían en común el objetivo de facilitar el cambio en las personas, centrando su interés en la comprensión del pasado como forma de explicar lo que había originado el trauma o problema. Más tarde, en los años 60 surgieron nuevas formas de hacer terapia que reconocieron la importancia de abordar el “aquí y ahora” con el propósito de solucionar el problema. Sin embargo, el avance más reciente ha dirigido su atención hacia el futuro y hacia los aspectos positivos como una forma de extrapolar las situaciones de éxito a las situaciones que la gente puede vivir como problemáticas, este nuevo enfoque se ocupa de cómo se resolverán los problemas y es conocido como terapia breve de soluciones.

Este modelo de terapia puede explicarse como una evolución de la terapia breve centrada en el problema a otro estilo de terapia breve que se caracteriza por el énfasis en las excepciones o situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por la persona. El modelo de soluciones no está interesado en conocer cómo surgieron los problemas, su principal preocupación radica en las soluciones, vistas como las fuerzas o capacidades que poseen los clientes, lo que permite una resolución menos dolorosa (Espinoza, M., 2000; Ochoa de Alda, 2004; O’Hanlon y Bertolino, 2001).

La creación de este modelo estuvo influida en sus inicios por las premisas del modelo de terapia breve centrado en el problema del grupo de Palo Alto, que consideraba los problemas en términos interaccionales y como resultado de patrones ineficaces de soluciones intentadas.

Asimismo, retoma la visión constructivista de que no existe una realidad única, sino una construcción que surge del modo en que el observador ve el mundo y lo interpreta en base a sus creencias y mitos individuales, familiares, culturales y/o religiosos. Estas ideas llevan a la persona o familia a percibir de determinada manera las acciones o hechos (o problemas) que experimenta en su vida cotidiana y a reaccionar en consecuencia, desarrollando una pauta de interacción originada de esos constructos precedentes que dan explicación a lo qué

es, debió ser o pudo ser en sus relaciones sociales (Cade y O'Hanlon, 1993). Al respecto, el modelo de soluciones recientemente ha incorporado las preguntas reflexivas de Karl Tomm para alterar la epistemología de las personas y generar un cambio de visión que conlleve cambios en las acciones (Ochoa de Alda, 2004).

Aunada a la propuesta de la inexistencia de una verdad única, el modelo de soluciones sugiere que tampoco existe una idea de familia normal, sino varias formas de ser familia, por lo que el terapeuta no debe imponer a sus consultantes, sino colaborar con ellos para solucionar su queja y lograr su objetivo. En este sentido, se habla de clientes, que acuden para solucionar un problema en colaboración con el terapeuta y no se utiliza el término pacientes (Cade y O'Hanlon, 1993; Ochoa de Alda, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### **Influencia de Milton Erickson**

El trabajo de Milton Erickson constituye uno de los pilares para la terapia de soluciones. La labor de este genio se distinguía por la preocupación y habilidad para lograr el cambio, que intrigó a muchos por el uso de su método peculiar que privilegiaba las soluciones, en lugar de las asignaciones psicopatológicas o el origen de los problemas. Su enfoque de "utilización" permitía aprovechar las características del paciente, que a ojos de otros terapeutas pudieran parecer anormales (síntomas, resistencia, creencias rígidas etc.). Para Erickson, las personas tenían la solución a sus problemas sólo que lo habían olvidado, por lo que tomaba a manera de recursos las conductas, pensamientos y sentimientos necesarios para realizar el cambio. La tarea del terapeuta era llevar a los clientes a utilizar esas habilidades olvidadas, que a su vez favorecían expectativas positivas de que el cambio era posible (De Shazer, 1985; O'Hanlon, 1989, O'Hanlon y Bertolino, 2001; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Otra de las aportaciones de Erickson es la técnica "bola de cristal", que más tarde retomaría de Shazer en el desarrollo de "La pregunta milagro" aplicada en su modelo centrado en soluciones. Erickson empleaba esta técnica ayudado de la hipnosis, para crear una sensación de distorsión temporal o "pseudo-orientación del tiempo", acompañada de un trance amnésico en el que solicitaba al paciente imaginar y describir su futuro cuando el problema estuviera resuelto para luego hacer que lo olvidaran. Asimismo, la comunicación indirecta a través de metáforas y suposiciones, así como la intervención en patrones de conducta son

otras guías de apoyo que permitieron desarrollar algunas intervenciones del modelo de soluciones (O´Hanlon y Bertolino, 2001; O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

### **Representantes del modelo de soluciones**

Algunos de los antecedentes del modelo de soluciones refieren que el primero en escribir de forma articulada acerca de la terapia breve y las soluciones fue D. Norum. Sin embargo, Steve de Shazer es considerado el impulsor de este enfoque terapéutico, al que más tarde se sumaría O´Hanlon y Weiner-Davis (Ochoa de Alda, 2004; O´Hanlon y Bertolino, 2001).

Steve De Shazer inicia el desarrollo de su modelo centrado en las soluciones en el año de 1978 en el Centro de Terapia Familiar Breve (por sus siglas en inglés, BFCT), ubicado en Milwaukee. Junto a su grupo formado por Insoo Berg, Eve Lipchik y Michele Weiner, que entre otros, diseñaron diagramas de situaciones terapéuticas que les permitieran centrarse en la amplificación de las secuencias de solución, con base en la obra de Erickson. Asimismo, incluyeron la visión del terapeuta como algo que debería permitirle ver más allá de la cosmovisión del consultante desde un ángulo diferente (De Shazer, 1989; O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Sánchez, 2000; Watzlawick y Nardone, 2000). Algunas de las aportaciones más destacadas del BFCT son:

- ❖ La muerte de la resistencia. Sustituye la idea de resistencia por la de cooperación, en donde tanto terapeuta como cliente trabajan del mismo lado para lograr el cambio (de segundo orden), evitando de esta manera la reificación que promueve el uso del término resistencia. En todo caso, cuando el cliente se “resiste” a hacer lo que el terapeuta le solicita se considera una muestra de lo que es más adecuado para ayudarlo a cambiar (De Shazer, 1984; Ochoa de Alda, 2004; O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
- ❖ El árbol de decisiones o mapa central. Es un esquema de su teoría de la solución que permite identificar patrones de cooperación y relacionarlos con tareas e intervenciones específicas a cada situación. Tomando en cuenta que el mapa no es el territorio se deduce que el árbol de decisiones es una descripción y no una prescripción (De Shazer, 1985).
- ❖ Las prescripciones fórmula, pregunta milagro y excepciones. Son intervenciones que producen un efecto positivo en las familias centrándolas en el futuro como una vía para alcanzar el cambio.



Por su parte, el trabajo de William Hudson O'Hanlon, en Nebraska, mantuvo cierto contacto con el grupo de Milwaukee, del cual trasladó los aspectos más importantes a su modelo. No obstante, el entrenamiento que recibió al lado de M. Erickson implicó mayor influencia en su modo de trabajo del que tomó, entre otras cosas, la adaptación al lenguaje del paciente, el uso de metáforas, el método de utilización y la hipnosis. Su terapia orientada a las soluciones consideraba que las personas no alcanzaban a aplicar alternativas para solucionar su queja debido a los límites autoatribuidos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Tiempo después O'Hanlon nombra su modelo como terapia de posibilidades para distinguirlo del centrado en soluciones, ya que percibe el modelo de De Shazer como rígido, formulista y carente de reconocimiento en la validación de los sentimientos y/o puntos de vista de las personas, lo cual era fundamental para O'Hanlon. Esta evolución a las posibilidades procuraba: la curación iatrogénica, referente a procesos de evaluación e intervención que infundían la posibilidad al cambio; reconocía la gravedad de las situaciones, promoviendo un optimismo realista; mantenía un equilibrio entre reconocimiento y posibilidad en los problemas de los clientes y su solución; retoma la postura construccionista social/interactiva, promoviendo en las conversaciones cooperativas la duda a construcciones rígidas, centradas en la búsqueda de capacidades, aptitudes y diferencias. Se busca validar la experiencia pasadas y presentes de la persona y cambios en la forma de ver y hacer el problema. Recientemente, la llamada terapia inclusiva, aborda el dolor y sufrimiento de las personas al tiempo que busca la esperanza y posibilidad; implica un nivel más complejo que incluye las contradicciones en las experiencias a través del uso de su técnica dar permiso, lo que permite mayor cooperación en los clientes (O'Hanlon, 2010).

### **Postura de trabajo y premisas principales**

Parte de las premisas básicas que guían el modelo de soluciones se desglosan a continuación (Berg y Miller, 1992; Green y Flemons, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

- ❖ *No es necesario saber demasiado sobre el problema para resolverlo, es posible una terapia eficaz simplemente dando solución a la situación problemática, ya que los síntomas no tienen una función.*
- ❖ *Producir un pequeño cambio puede llevar a diferencias o cambios profundos aun en situaciones complejas, por lo que no es importante el número de personas incluidas en*

la construcción del problema y solución, pues un cambio en un elemento del sistema influye en el sistema total.

- ❖ *El cambio es inevitable*, por lo que la terapia consiste en identificar los cambios que se han estado presentando y en utilizarlos para llegar a la solución.
- ❖ *Énfasis en la salud mental y no en la patología*, ya que se considera que las secuencias de interacción sanas existen, por lo que son los pacientes los que tienen las respuestas a sus problemas.
- ❖ *Visión no normativa, determinada por el paciente*, ya que cada persona es única y singular en la manera de conceptualizar su dolencia.
- ❖ *Parquedad en el método*, consiste en aceptar la versión del paciente acerca de su queja, eligiendo el tratamiento más simple para su solución.
- ❖ *Orientación hacia el presente y futuro*, lo cual no significa que el pasado no sea importante, ya que éste es el resultado de la situación actual que vive el cliente. El terapeuta enfatiza las acciones presentes y futuras que acontecerán cuando el problema ya no exista.
- ❖ *Filosofía central*, que implica: “si no está roto no lo componga”, “haga más de lo que funciona” y “si no funciona haga algo distinto”.
- ❖ *La sensación de posibilidad de cambio en las personas influye en su vida*, se considera que los pensamientos, sentimientos y creencias de posibilidad, en las personas, tienen un poder en las experiencias que puedan crear.
- ❖ *Es más probable que las personas colaboren cuando se les valida*, ya que se respetan sus sentimientos y puntos de vista.
- ❖ *Toda experiencia mental/emocional es válida, pero las acciones pueden no serlo*, se refiere a que lo que se siente y piensa debe ser validado y aceptado, pero lo que se hace puede ser válido, ético, seguro o equivocado.
- ❖ *La noción de resistencia es inadecuada*, y en caso de tenerla puede provocar una profecía negativa para que se dé el cambio.
- ❖ *Adaptación con el cliente*, es la toma de decisión del terapeuta para relacionarse con el cliente, retoma tres tipos de relación: 1) Visitante, no tienen un motivo de consulta, generalmente son enviados por otro, no se puede establecer un objetivo ni iniciar la terapia. 2) Demandante, tiene una expectativa de solución o un motivo pero considera que otra persona debe hacer algo para cambiarlo. Se asignan tareas de observación o

reflexión. 3) Comprador, tiene un problema y está en disposición de hacer algo para cambiarlo. Se asignan tareas conductuales.

Todos estos supuestos básicos, implican una forma distinta de mirar los motivos por los que las personas acuden a terapia y por lo mismo una forma específica de abordar su solución. A continuación se presentan algunas de las intervenciones más importantes.

### Intervenciones

Para O´Hanlon y Weiner-Davis (1989) hay tres formas de cambio que el terapeuta busca establecer en sus intervenciones:

1. Cambio en la forma de actuar frente a la situación percibida como problemática. Este cambio implica nuevas formas de acción en las personas, lo que les da mayor libertad para actuar en situaciones vistas como problemáticas.
2. Cambio en la forma de ver la situación percibida como problemática. Se considera que el modo en que las personas perciben las cosas tiene una relación directa en la forma de interpretar y que un cambio en la visión puede repercutir en cambios en las acciones de la persona.
3. Evocar recursos soluciones y capacidades aplicables a la situación problema, lo cual lleva a cambios en las acciones y percepciones.

En este modelo las intervenciones van encaminadas a generar soluciones en colaboración con el cliente, a fin de lograr cambios fijados en el objetivo. La tabla 1 describe cada una de ellas, su forma de aplicación y el objetivo que tienen (Berg y Miller, 1992; Cade y O´Hanlon, 1993; O´Hanlon y Weiner- Davis, 1989).

Tabla 3  
*Prescripciones fórmula para el cambio*

Prescripción fórmula	Aplicación	objetivo
Cambios antes de la primera sesión	Preguntar sobre qué cambios ha notado entre la llamada para concertar la primera cita y la primera entrevista.	Identificar los cambios que están ocurriendo antes de iniciada la terapia.
Tarea fórmula de la primera sesión	Que el paciente observe cosas que ya suceden y le gustaría continuaran presentándose.	Colocar a la persona en un lenguaje orientado a las soluciones, detectando aspectos positivos que ya suceden.

## Capítulo 2

Intervenciones fórmula.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacer más de lo que funciona</li> <li>2. Atención a que hace cuando supera el síntoma.</li> <li>3. Evaluación predictiva de excepciones.</li> <li>4. Hacer algo distinto.</li> <li>5. Llevar una bitácora.</li> <li>6. Identificar por qué la situación no es peor.</li> </ol>	<p>Iniciar los cambios en los problemas y su solución.</p> <p>Fomentar nuevas conductas y percepciones al crear expectativa de cambio.</p>
-------------------------	--	--

Otras técnicas de intervención son la connotaciones positivas, las tareas directas o paradójicas, las redefiniciones y las preguntas presuposicionales que permiten identificar las soluciones eficaces. La Tabla 2 presenta las principales técnicas del modelo de soluciones (Cade y O'Hanlon, 1993; Ochoa de Alda, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 4  
*Intervenciones del modelo*

Intervención	En qué consiste	Objetivo
Excepciones que ya suceden	Preguntas relacionadas a cuando se supera el problema: ¿cómo consiguió hacer eso?	Que el cliente reconozca lo que ya está haciendo para solucionar su problema
Pregunta Milagro	“Supongamos que una noche se produce el milagro y su problema queda resuelto ¿Qué vería usted distinto cómo signo de que se produjo el milagro?”	Ayudar a concentrarse en una solución potencial e hipotética. Notar diferencias en términos de ausencia de la pauta sintomática.
Ubicación de una escala	“En una escala del cero al diez, donde cero es lo peor y diez son las cosas tal como serán cuando su problema se resuelva ¿dónde se situaría?”	Concentrarse en el logro y solución. Explorar la medida en el logro o cambio.
Enfocando al futuro	A través de preguntas orientadas al futuro y Reteaming	Fomentar una visión positiva del futuro.
Uso de analogía, metáforas y relatos.	Usarla directamente para transmitir lo que se quiere, o indirectamente para eludir tendencias mentales conscientes.	Reflexionar sobre posibles soluciones del problema
Hipnosis centrada en las soluciones	Hablando de experiencias sobre la clase de soluciones que se pretende evocar; usando presuposiciones dando al cliente la ilusión de elegir entre varias alternativas que producen el mismo resultado, y recordando experiencias que sirvan para desarrollar habilidades.	Centrarse en los puntos de vista o acciones que los clientes puedan usar conscientemente para alcanzar sus objetivos.
<b>Intervenciones para modificar la percepción del problema</b>		
Re-enmarcado	Indagar sobre las creencias del cliente para luego trazar	Alienta el desarrollo de un marco de significado

	distinciones.	alternativo.
Desenmarcado	Desafiar los significados que el paciente asocia al problema.	Que el paciente descubra nuevos significados.
<b>Intervenciones en la pauta</b>		
Alteración mínima en la pauta	Interrumpir, añadir o fragmentar la pauta. Cambiar la frecuencia, duración, momento, ubicación, intensidad u orden, etc.	Alentar un cambio pequeño en la pauta problema a fin de hacerla desaparecer.

Aunque estas son sólo algunas de las intervenciones, el terapeuta puede incluir y crear nuevas estrategias considerando las premisas básicas del modelo, a fin de orientar la terapia en términos de cambio y solución.

### Consideraciones del modelo

El modelo de terapia de soluciones representa un enfoque novedoso que permite una aplicación extensa a múltiples problemas de una manera breve y efectiva. La aplicación de este modelo puede ser útil no sólo en el espacio terapéutico, sino también en las problemáticas que presentan ciertos grupos sociales o comunidades.

El modelo de soluciones ha sido aplicado en diversas áreas, teniendo gran efectividad en temas como sexualidad, depresión, adicciones entre otros. Asimismo, el modelo de soluciones parece tener diversos recursos esquemáticos que facilitan su aplicación en el logro de los objetivos planteados. Al respecto, la técnica de “Reteaming” es un recurso que puede ser aplicado de diversas formas y poblaciones variadas.

La terapia breve sexual, por ejemplo ha manejado diversas dificultades de manera exitosa, apoyada de cinco pasos que consisten en normalizar, validar y autorizar los sentimientos y las fantasías, cambiar las acciones, cambiar las pautas (Visión, acción, contexto) y finalmente incluir y permitir sentimientos y creencias aparentemente contradictorias (Green y Flemons, 2004).

Recientemente su aplicación en comunidades de migrantes ha demostrado gran utilidad al tomar en cuenta el contexto sociocultural de dichas poblaciones y al abordarse bajo una postura de curiosidad que busca entender la experiencia bi-cultural de los migrantes y los puntos fuertes de la familia y la cultura (Zamarripa, 2009).

En suma, la terapia de soluciones demuestra resultados favorables a distintas complicaciones que surgen en la vida actual, supone una forma de terapia optimista y breve sobre todo en poblaciones que viven en situaciones económicas precarias.

### 2.5. Modelo de Milán

El Modelo de Milán, originado en la terapia familiar, más que ser un enfoque terapéutico, es una epistemología que hoy en día se aplica no sólo a familias, sino en el trabajo con individuos, parejas e instituciones. Su desarrollo ha abarcado varias etapas en las que se han implementado nuevas argumentaciones teóricas, formas de intervención para explicar la interacción y formas de abordaje de las familias o individuos, vistos como sistemas vivos. Son seis las etapas evolutivas que se consideran para la comprensión diacrónica de esta epistemología, que tiene entre sus principales representantes a Luigi Boscolo y a Gianfranco Cecchin, por una parte, y a Mara Selvini, Giuliana Prata, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino, por otro (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Reséndiz, 2010).

#### Evolución del modelo

El Modelo milanés se origina en la línea de las terapias psicoanalíticas, para dar paso a la fase estratégica, emerger después bajo los principios de la de terapia sistémica y los fundamentos cibernéticos-batesonianos, pasando más tarde por una escisión del grupo, en la que Boscolo y Cecchin se inclinan hacia el constructivismo, el posmodernismo o construccionismo social y finalmente a la narrativa o fase dialógica (Boscolo y Bertrando, 2010; Reséndiz, 2010). Mientras que Mara Selvini y sus colaboradores prosiguen su investigación con familias con un miembro psicótico o anoréxico, orientándose a la epistemología del pensamiento multidimensional o complejo.

#### Fase psicoanalítica.

El nacimiento del modelo milanés surge con la fundación del Centro Milanés en 1967, a cargo de Mara Selvini Palazzoli, quien invita a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata a trabajar con ella, en colaboración con otros psicoanalistas. En un inicio, el grupo estuvo influido por la práctica psicoanalítica, que ponía hincapié en la observación analógica como parte de entender la interacción familiar y tener un contexto para lenguaje digital. Sin embargo, encontraron dificultades en su abordaje clínico al obtener resultados poco alentadores con las familias y mantener discusiones repetidas al interior en el equipo. Esta situación que les condujo a desarrollar una de las primeras formas de trabajo con equipo, en las que no fuera necesario llegar a una conclusión o verdad final (Ochoa de Alda, 2004; Reséndiz, 2010).

### Fase estratégica.

La segunda fase surge en los primeros años de la década de los 70, cuando el grupo de Milán se divide debido a diferencias teóricas, quedando en el grupo Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin. Trabajando sobre ideas provenientes del modelo sistémico estratégico, del Mental Research Institute (MRI), de la Teoría de la Comunicación Humana y con cierta influencia de Gregory Bateson, desarrollan nuevas formas de intervención que quedarían reflejadas en su obra *Paradoja y contraparadoja*. Algunas de las aportaciones de esta obra se refieren al uso del lenguaje de guerra, las intervenciones finales, la connotación positiva, las intervenciones paradójicas, las prescripciones, las paradojas y la concepción de juego familiar (Ochoa de Alda, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Reséndiz, 2010)

Desarrollan su trabajo con familias completas, teniendo como base el pensamiento sistémico y la cibernética de primer orden (o de los sistemas observados). Consideran que el proceso terapéutico inicia con el contacto telefónico y que las sesiones con la familia deben desarrollarse a cargo de una pareja de terapeutas conformada por un hombre y una mujer en una sala dividida con espejo unidireccional, a través del cual son observados por el equipo terapéutico. El número de sesiones acordado eran diez y cada una se dividía en cinco partes: a) *Presesión*, se analizaba la ficha telefónica o acta de la sesión previa. b) *Sesión*, implicaba el desarrollo del trabajo de la pareja de terapeutas con la familia, mientras eran observados por el equipo. c) *Discusión de la sesión*: los terapeutas a cargo de la sesión salían para discutir sus ideas con el equipo observador y decidían la intervención final. d) *Conclusión de la sesión*: los terapeutas regresaban a dar el mensaje o prescripción. e) *Acta de sesión*: el quipo redactaba el acta de la sesión y discutía las reacciones observadas y las posibles previsiones al caso (Rodríguez, 2004; Selvini, Boscolo, Checchin y Prata, 1988).

Las citas fueron fijadas cada mes, luego de comprobar que los intervalos mayores eran más eficaces, pues permitían a la familia acumular reacciones (cambios) observables en la organización del sistema. En cada sesión se formulaba alguna hipótesis de trabajo, útil para elaborar las intervenciones (Reséndiz, 2010; Selvini, et al., 1988; Selvini, 1990).

En 1975 el grupo retoma la obra de Bateson sobre la distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas del aprendizaje, el concepto de mente como sistema, la epistemología

cibernética, y la introducción de la semántica, ideas que aplicadas en el área clínica permitieron el desarrollo de tres principios básicos para este modelo: hipotetización, circularidad y neutralidad, mismos que se retomarían para la elaboración del último artículo como un grupo conformado por cuatro (Boscolo, et al., 2003; Boscolo y Bertrando, 2010 ; Reséndiz, 2010).

Al final de esta fase Selvini y Prata abandonan el Centro prosiguiendo su investigación con familias con pacientes anoréxicas y psicóticos, bajo el sello de la cibernética de primer orden y la comprensión del juego familiar, que culminara en una epistemología multidimensional (punto que se retomará más adelante). Mientras que Boscolo y Cecchin se centran en la formación de terapeutas y en el desarrollo epistemológico del método de Milán (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### Fase batesoniana.

Retomando el pensamiento de Bateson, Boscolo y Cecchin, consideran de qué manera el terapeuta en formación construye su realidad, situación que implicaba un acercamiento a la cibernética de segundo orden. Asimismo retoman la idea de la mente como un aspecto presente en los sistemas; el contexto y los marcadores de contexto; las relaciones, y la las premisas familiares, vistas como puntuaciones con las que el individuo le da sentido a su mundo (Boscolo y Bertrando, 2010; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Biancardi, 2003).

Las preguntas circulares (o preguntas que conectan), serían otras de las aportaciones derivadas del pensamiento batesoniano. Sumado a ello, la hipótesis, en este momento son vistas como construcciones que se originan en la mente del sistema terapéutico, en tanto la neutralidad deja de considerarse como la equidistancia y multiparcialidad (que caracterizaba la fase previa) para concebirse como curiosidad de las distintas posiciones que suceden en el sistema (Boscolo, et al. 2003; Reséndiz, 2010).

### Fase constructivista.

Esta fase se caracteriza por el encuentro con Humberto Maturana, Heinz von Foester y más tarde con Ernest von Glasersfeld, dando paso a una amplia gama de cambios en la práctica del modelo milanés. La aportación de Foester permite un cambio de los sistemas observados a los sistemas observantes, donde se considera a las familias como observadoras



de los terapeutas en el mismo grado en que éstos observan a aquella. Asimismo, se asume por parte del terapeuta una posición de auto-observación o auto-reflexividad. Las ideas constructivistas (de Maturana y Glasersfeld) agregan un énfasis que va del comportamiento observado a las ideas y/o premisas de los miembros del sistema. Lo importante ahora ya no es la intervención final, sino el proceso terapéutico como tal: intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bienacardi, 2003; Boscolo et al., 2003; Reséndiz, 2010).

Las hipótesis se formulan sobre el sistema significativo<sup>2</sup> relacionado al problema que presenta la familia y se considera que se conoce más un sistema cuando se toma en consideración los diferentes puntos de observación, por lo que se busca crear más de una hipótesis con distintos puntos de vista de los miembros del sistema significativo. De esta manera las hipótesis se convierten en conjeturas complejas, pluridimensionales, del sistema. Precisamente, casi al culminar esta fase, el grupo retoma la teoría de *Cordinated Management Of Meanins* (CMM) de Cronen y Pearce, que trata de la complejidad de seis niveles sistémicos de análisis, mismos que se explicaran más adelante (Reséndiz, 2010).

### Fase posmoderna

Con el paso hacia el construccionismo social se pone en primer plano a las relaciones consideradas como sistemas de de significado que llevan a construir historias. La epistemología de Milán ahora se interesa en la forma en que las familias o individuos enlazan eventos y significados de su pasado para explicar su presente de forma determinada e influyendo en su futuro. Además Boscolo y Cecchin desarrollan conceptos teóricos en la aproximación del modelo de Milán, tales como la irreverencia, vista como una postura del terapeuta para abrir posibilidades y los prejuicios, entendidos como una lente con que interpretamos la realidad y que en consecuencia nos lleva a todos a tener prejuicios (Reséndiz, 2010)

Asimismo Boscolo y Bertrando publican su obra *Los tiempos del tiempo*, en la que describe el anillo autoreflexivo que conecta recursivamente los tiempos pasado, presente y futuro.

---

<sup>2</sup> Se considera como sistema significativo a aquellas personas relacionadas al problema como pueden ser la familia nuclear, la familia extendida, personas muertas que fueron importantes para algún miembros (s) de la familia, la escuela, el trabajo, profesionales en salud y los propios terapeutas.

Por otra parte, la connotación positiva adquiere una visión positiva que reconoce la identidad del sistema y deja de tener intenciones paradójicas (Reséndiz, 2010).

### Fase dialógica

Finalmente, la fase dialógica tiene como principales representantes a Paolo Bertrando y su grupo en Torino. Toma en cuenta el espacio relacional, político y discursivo, la visión de mundos hipotéticos, la posición del terapeuta en el sistema, la construcción de la relación terapéutica y las tecnologías del self (Reséndiz, 2010).

El proceso terapéutico se convierte en un proceso de re-narración de historias y desconstrucción del texto. Los clientes recuperan la posibilidad y la capacidad de ser autores, a través de la interacción con el terapeuta, de historias positivas para sí mismos, que disminuyan el sufrimiento, o al menos, le den un sentido. Los terapeutas consideran que cada familia tiene su concepto de normalidad, pues cada una se organiza de acuerdo a su forma de concebir el mundo (Boscolo y Bertrando, 2010; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Biancardi, 2003).

### Epistemología de Milán (Boscolo y Cecchin)

De esta manera, el modelo sistémico de Milán, desarrollado por Boscolo y Cecchin, tiende a observarse como una epistemología procedente del pensamiento batesoniano, perfeccionado con aportaciones de la cibernética de segundo orden y el pensamiento posmoderno, mismos que sirven de lente en la comprensión y el abordaje terapéutico.

Parte de las ideas básicas de esta epistemología, consideran que el significado está siempre relacionado a un contexto y que el terapeuta como observador del sistema se convierte en parte del mismo, lo que limita su comprensión y le conduce como alternativa a tomar una postura de autoreflexión. Asimismo, se piensa que todo sistema se encuentra interrelacionado con al menos dos subsistemas y un sistema mayor (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

Esto se explica porque los sistemas de acción y significado se entienden como construcciones que las personas operan desde su propia realidad social. En las interacciones sociales cada unidad de significado se encuentra relacionada en sistemas de jerarquías, donde uno actúa como contexto del otro, creando circuitos reflexivos, que para ser entendidos por el

terapeuta, requieren de más de dos niveles de significado. En este sentido, la comunicación es entendida como un proceso social, en el que los individuos pueden interpretar los mensajes satisfactoriamente o de manera que les generen problemas. La teoría de la Gestión coordinada de sentido (CCM), postula seis niveles de significado organizados jerárquicamente y útiles en el análisis de las familias (Cronen, Johnson y Lannaman, 1982; Cronen y Pearce, 1985):

- ❖ *Modelos culturales*: ideas de orden superior referidas al criterio social y relacional, que legitiman modalidades de acción y conocimiento. El mito familiar puede estar contenido en este nivel, designando relaciones sociales y roles individuales, familiares o laborales.
- ❖ *Biografía interna*: concepción personal del repertorio de acciones sobre sí mismo.
- ❖ *Relaciones*: son ideas referentes a cómo y bajo qué términos participan dos o más personas (ejem. yo soy el iniciador ella el seguidor).
- ❖ *Episodios*: son ideas de patrones de actos correspondidos.
- ❖ *Actos lingüísticos*: se refieren al nivel relacional de los significados de acuerdo a la Teoría de la comunicación humana.
- ❖ *Contenido*: información que no contiene indicaciones sobre el tipo de mensaje.

Asimismo, se concibe en los sistemas un proceso evolutivo, incluso cuando se tiene un problema. Por ejemplo, las familias que acuden a terapia son entendidas como un sistema dinámico con estructura relacional, que se encuentran en constantes fluctuaciones que modifican su organización, arrastrándolas en direcciones erróneas que les generan sufrimiento. El terapeuta, considerando este principio evolutivo, conduce a las familias a formas de participación diversas y acordes a las premisas familiares, que puedan generar un cambio favorable en la dirección evolutiva del sistema donde ya no sea necesario el sufrimiento. Para lograr esto, es necesario considerar las variables que rodean el problema y pensar la causalidad en términos ambifinales o entendida como contingentes al contexto. De igual forma, los procedimientos del terapeuta también pueden ser considerados ambifinales (Boscolo et al., 1985; Cronen y Pearce, 1985).

Conjuntamente, se piensa que los sistemas sociales mantienen una tirantez entre estados de tensión y claridad. Por ejemplo, un sistema humano rompe con la claridad cuando al interactuar con otro sistema se imponen otras interpretaciones o exigencias de rendimiento

que modifican la lógica del sistema y evolucionan en un cierto desorden o anomalía que conduce al individuo a dilemas o elecciones paradójicas. La solución a esta situación consiste en relajar esa tensión (Cronen y Pearce, 1985).

El método de Milán busca invitar a las personas a interactuar en patrones sistémicos que le permitan cambiar sus problemas experimentados, algunos tópicos que considera en este aspecto consisten en (Cronen y Pearce, 1985):

- a. *La reconfiguración de la fuerza lógica* a través de preguntas circulares y el uso de la connotación positiva.
- b. *El manejo de la consciencia*: la consciencia y la estructura del sistema son recíprocas en su producción. Una forma de introducir el cambio al sistema es hacer que las personas sean conscientes de la pauta del sistema, a través de preguntas circulares o connotaciones positivas, abriendo nuevas formas de pensar y reduciendo la fuerza prefigurativa.
- c. *El ritual único*: acompañado de otras técnicas el ritual lleva a la familia a una espiral en que los miembros del sistema eligen la lógica creada. Pues independientemente de si se acepta o rechaza el ritual prescrito por el terapeuta (que da continuidad al viejo sistema familiar) la familia rechaza el sistema y permite una nueva dirección.

Otros de los principales principios de este modelo implican una postura de respeto y el trabajo con los prejuicios del terapeuta y la familia. La postura de respeto otorga reconocimiento y dignidad a las personas. Se concibe que una persona forma parte de la comunidad sólo cuando es escuchada o cuando su síntoma se convierte en lenguaje. El respeto implica ver el síntoma como una expresión o un mensaje, respecto al cual el terapeuta debe ser curioso de las razones que se tienen para elegir el síntoma (Canova, 2005).

Por su parte, reconocer la existencia de los prejuicios conduce al terapeuta a examinar las propias premisas y las de la familia, a fin de crear diferencias que permitan una reorganización en el sistema. De esta manera, el terapeuta pone en duda y genera nuevas formas de concebir la realidad. En ocasiones las creencias de la familia pueden estar muy

arraigadas, debido a la inseguridad que les genera desprenderse de ellas ya que constituyen parte de su identidad. (Cecchin, Ray y Lane, 1997).

### **Desarrollo del pensamiento multidimensional: la epistemología de Milán (Mara Selvini y colaboradores).**

Las aportaciones teóricas al Modelo de Milán por Mara Selvini y colaboradores se caracterizaron desde su origen por la sistematización del conocimiento con base en las investigaciones emprendidas con familias con un miembro esquizofrénico o anoréxico. Su trabajo se desarrolla en tres periodos distintos debido a escisiones del grupo, sometiéndose a prueba distintos métodos de intervención terapéutica, entre los que destacan el método paradójico (1971-1978), la serie invariable de prescripciones y la revelación del juego familiar (1979-1987). Luego de investigaciones abandonan los primeros dos métodos por resultar poco funcionales en el trabajo con jóvenes anoréxicas y esquizofrénicos, para centrarse en la metáfora del juego como un medio entender los casos y desarrollar modelos sincrónicos y diacrónicos, a partir del trabajo clínico realizado con las familias.

#### Metáfora del juego

La insatisfacción por los métodos paradójicos y las limitaciones de las teorías sistémicas se fueron haciendo evidentes, por lo que el equipo fue inclinándose a pensar en términos de *Juego familiar o metáfora del juego* (de modo intuitivo) para expresar las interacciones de las familias. Así, esta metáfora permitió (Selvini, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1990):

- a) Un lenguaje ligado a las relaciones interpersonales en cuanto a cambios de conductas y a su vez una cadena de metáforas para plantear algunos conceptos en binomios opuestos complementarios como individuo/sistema, cooperación/conflicto, autonomía/dependencia, conservación/cambio, clave en los procesos interactivos.
- b) Conectar el razonamiento sistémico y estratégico, ya que la metáfora del juego integró las reglas de la interacción de los jugadores (razonamiento sistémico) con las movidas de los individuos (razonamiento estratégico).
- c) Liberación de dogmatismos proféticos de la teoría sistémica, sustituyendo en la metáfora del juego

- d) Superación del holismo para el redescubrir al individuo. Las movidas y estrategias individuales pasaron a primer plano. En donde la familia era comparada como una organización con posiciones jerárquicas, en la que se consideraba la dimensión temporal e individual en distinción con el pensamiento sistémico
- e) Significación de regla como negociaciones entre los jugadores tanto explícitos como implícitos, descartando las conductas redundantes dentro de esta acepción por ser estas un conjunto repetitivo de movidas o tácticas.
- f) Abandono de la idea funcionalista de problema del paciente señalado como protección de la familia para observarlas como las vinculaciones entre conducta individual y las relaciones familiares. Concibiendo ésta conexión como un proceso en espiral de *movidas* y *contramovidas*, determinado por las estrategias de los actores, vinculado por las movidas del compañero en un nivel microsistémico y por las reglas socioculturales en el nivel macrosistémico, así como influido por hechos imprevisibles.
- g) Se asume la diferencia de poder o libertad entre los miembros de un grupo con historia, definida en distintos niveles: 1) jerárquico, 2) cultural, 3) subcultural, 4) del juego intrafamiliar e, 5) individual. Entendiendo por poder la posibilidad del individuo para hacer que los demás hagan aquello que él quiere o no hacer aquello que el otro quiere. Se asume además, que el poder no está únicamente en las reglas del juego, sino que está ligado también en las diferencias que pasan por los individuos.
- h) Recuperación de la dimensión histórica de los fenómenos, que reconoce que el proceso interactivo intrafamiliar está compuesto por la colusión en secuencia temporal de las distintas estrategias del individuo. La circularidad se encuentra en la historia y no en el “aquí y en el ahora”, por lo que el principio de equifinalidad se desvanece.

De esta manera, la metáfora del juego se convierte en una herramienta para representar la organización interactiva de un grupo que evoluciona con el tiempo. Reconociendo que la modalidad de esa interacción y de su evolución dependerá que alguno de los miembros revele o no un síntoma, producto de haber sentido una contrariedad relacional insostenible. Enmarcado desde el pensamiento complejo, la metáfora del juego, permite pensar en el síntoma psiquiátrico teniendo presentes tres niveles de determinantes, a los cuales se agrega

el factor causal del azar que trastorna el destino de los individuos y la historia de las familias.

### Construcción de modelos diacrónicos

Aunque la utilización de la serie invariable de prescripciones no resultó eficaz en todas las familias, constituyó una estrategia de investigación que hizo posible observar redundancias, permitiendo retomar la dimensión temporal en la reconstrucción de la evolución del juego que había dado origen a la psicosis. Así, el modelo diacrónico fue explicado por Selvini y sus colaboradores (1990) en seis estadios.

El primer estadio del proceso psicótico se explica tomando como referencia el juego en la pareja parental que se encuentra en un *impasses*. Confiere a que cada uno de los cónyuges promueve una serie de movidas de ataque que se encuentran con una movida del otro que equilibra la situación. De esta manera, el provocador activo y el provocador pasivo evitan una posible escalada y por ende el cisma. Este juego se reconoce además, como un proceso que evoluciona y en el cual se insertan acontecimientos y reacciones individuales frente a ellos.

El segundo estadio, de la intromisión del hijo en el juego de la pareja, consiste en el error epistemológico del hijo en atribuir linealmente razones y culpas, tomando al provocador pasivo como víctima y al activo como el verdugo. El paciente se involucra en el juego atraído por la promesa (seducción) ambigua (que luego es negada) del padre pasivo de convertirse en el sustituto del cónyuge. Sin embargo, esta ligazón (coalición intergeneracional) es meramente instrumental, ya que el interés de fondo continua siendo el provocador activo, lo que conlleva a que en un momento dado se invalide el presupuesto del hijo sobre el cual había construido su mundo afectivo y cognitivo. La coalición transgeneracional es negada e instrumental.

El tercer estadio, se manifiesta como una conducta que jamás había presentado el hijo pero que persigue desafiar la arrogancia del vencedor y mostrar al perdedor como debería hacer para rebelarse. Si el hijo logra alguno de sus objetivos modificara la estabilidad del juego impidiendo continuar al cuarto estadio. Si eso no ocurre, se presenta el viraje del presunto aliado: el padre vencedor continúa en sus provocaciones y el padre perdedor en lugar de unirse al hijo, toma partido por el cónyuge en contra del muchacho.

La eclosión de la psicosis ocurre en el quinto estadio, cuando la confusión del hijo lo lleva a la sensación de que se han violado los fundamentos lógicos del mundo y sus significados. El hijo no acepta la derrota (tal como el impasse de la pareja de padres), por lo que la sintomatología se convierte en un arma que le permite continuar en el juego familiar, ante el fracaso de su conducta inusitada.

El sexto estadio o estrategias basadas en el síntoma, implica que alrededor del síntoma del hijo cada miembro de la familia organiza su propia estrategia, teniendo por efecto hacer crónico el síntoma.

Así el modelo diacrónico constituyó un esquema general que permitía describir el proceso evolutivo del juego que favorecía el síntoma, reconociendo las especificaciones de cada familia y por otra parte, favorecía la elaboración de hipótesis y la coordinación la entrevista por parte del terapeuta en la revelación del juego familiar.

### Construcción de modelos sincrónicos

La construcción de modelos sincrónicos surgió como una necesidad de entender las dificultades en los tratamientos terapéuticos por lo que incluyó al terapeuta en el análisis del juego familiar, haciendo más inteligible todo lo que sucedía en las sesiones y permitiendo interferir en los fenómenos interactivos subyacentes en la impasse promoviendo un cambio en el juego de la familia. El modelo sincrónico permite observar la posición de los miembros de la familia frente a la terapia y al terapeuta, interferir en la posición de cada uno en el juego y captar estrategias peligrosas (metajuego).

La construcción de estos modelos se liga a la propuesta de pensar como un camino a la complejidad en donde se piensa alternativamente, en uno y otro sentido, formando una trama entre la aplicación del modelo diacrónico a una familia de fuera y la aplicación del modelo sincrónico a un sistema terapéutico en el aquí y ahora (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

### Adquisición del pensamiento multidimensional

De esta manera, metáfora del juego, modelos diacrónicos y sincrónicos vienen a ser resultado del trabajo clínico con familias, que llevan a la necesidad del equipo de Mara



Selvini (et al., 1990) a dejar atrás el modelo sistémico para pensar de manera multidimensional, recuperando la dimensión sujeto y la dimensión tiempo.

La legitimación epistemológica, ante estos cambios en el pensamiento, encontró cabida en las aportaciones del epistemólogo Edgar Morin, permitiéndoles establecer un dialogo entre concepciones que creían incompatibles. A continuación se describen algunos apartados hacia el camino de la complejidad (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990):

- ❖ *El principio de universalidad es válido pero insuficiente, por lo que se reconoce el Principio complementario e inseparable de inteligibilidad a partir de lo particular.* Al presentarse casos individuales complejos, fue necesario aumentar la inteligibilidad valiéndose de recursos como la metáfora del juego y la orden de prescripciones invariables, siendo el primero predominantemente cognitivo y el segundo estratégico. La construcción de un esquema diacrónico del juego de la familia permitió perfilar un esquema general que podía aumentar la inteligibilidad de cada caso individual, implicando por tanto, una confirmación, invalidación o enriquecimiento del esquema general, que a la vez permitía hacer inteligible a cada familiar en particular. A partir de ello, el conocimiento se concibió como un circuito en espiral que establece un diálogo continuo entre aquello que en general parece válido (modelo diacrónico) y aquello que es peculiar (cada caso en particular).
- ❖ *Necesidad de incluir la historia y el acontecimiento en todas las descripciones y explicaciones.* Se reconoce la importancia de que todo proceso interactivo debe ser reconstruido minuciosamente y datado paso a paso en todo su ciclo, considerando no sólo los intercambios conductuales (movidas) sino también los hechos aleatorios. De esta manera y pese a la atención al ciclo histórico de un proceso, se permanece fiel al aquí y al ahora como momento privilegiado para fundar el proceso cognitivo.
- ❖ *Necesidad de relacionar el conocimiento de los elementos con el conocimiento del todo que ellos constituyen.* Se observan las relaciones o el juego familiar como reguladores de las estructuras intrapsíquicas individuales, en el sentido de que selecciona la aparición de determinadas cualidades en perjuicio de otras que

permanecen en el estado potencial. La esquematización del modelo parte del juego para llegar al individuo y volver luego al juego.

Se recupera a los individuos como actores/sujetos y se les identifica en su esfuerzo para comprender cuáles podrían ser en determinada situación interactiva las intenciones y sentimientos que los mueven. Al tiempo que se mantiene la firme convicción de que lo esencial se juega en las interrealimentaciones

- ❖ *Imposibilidad de no tomar en cuenta las problemáticas de la autoorganización.*
- ❖ *Principio de distinción pero no de disyunción entre el objeto y su ambiente.* El conocimiento de toda organización requiere el conocimiento de sus interacciones con el ecosistema.
- ❖ *Principio de relación entre el observador y el objeto observado.*
- ❖ *Principio de introducción del dispositivo de observación (o experimentación) y por este camino del observador en toda observación.* Estando conscientes de que el equipo entra en el juego global con cada familia dentro del sistema terapéutico, lo que permite entender de forma individualizada las conductas significativas que manifiestan los miembros de la familia en el juego global, para después reconstruir el juego específico de cada familia. En donde existe un doble nivel de observación: el permitido por la supervisión al todo terapeuta-familia y la autoobservación mediante la reflexión continua sobre los presupuestos implícitos y explícitos vinculados con referencias teóricas generales y la confrontación de los presupuestos de la teoría local de las psicosis.

El pensamiento multidimensional requiere pensar alternativamente en uno y otro sentido, implica distinguir sin separar y hacer comunicar aquello que se observa. La causalidad lineal en cuanto a instrumento retrospectivo y secuencial, no se rechaza, sino que entra en diálogo con la causalidad compleja (endo-exocausalidad) en forma de zigzag. El pensamiento lineal forma parte del acercamiento al pensamiento complejo.

De esta forma, el modelo de Milán implica una aproximación individual y tri-generacional desde un pensamiento multidimensional, que aprecia la individualidad en el aquí y ahora, en relación con la familia del individuo sintomático y en relación de éste con el terapeuta. Estas relaciones del sujeto son vistas como fruto de su historia o de sus relaciones pasadas, ahora cristalizadas. Por lo que se abarcan tres polos, síntoma, familia y persona, sin olvidar

las variables socioculturales. Asimismo, consideran que la familia estructura y estabiliza algunas de sus disfunciones sobre la base de mitos herdobiológicos o familiares, por lo que se otorga importancia a las premisas de la naturaleza del contexto y atención a la congruencia entre los participantes (Selvini, Cirillo y Sorrentino,1999).

El cambio es concebido como un proceso complejo que evoluciona y requiere: de la introducción de información al sistema; introducir información que contenga un efecto negentrópico que cree incoherencias en las premisas del sistema; el metajuego por parte del terapeuta (principio de competencia, invitar a un juego distinto, revelación del juego familiar) (Selvini et al., 1990).

### **Directrices básicas del modelo:**

A continuación se presentan las principales directrices del modelo, mismas que surgen en 1967 y que en el presente han sufrido algunas especificaciones.

#### **Hipótesis:**

Las hipótesis son suposiciones que permiten organizar la información obtenida de forma que expliquen conducta sintomática de la familia. Estas tratan las razones o intencionalidad por la que los miembros mantienen sus comportamientos. Son útiles porque conectan a la familia y el terapeuta, sin que éste sea absorbido por el sistema (Boscolo et al., 2003; Rodríguez, 2004; Selvini et al., 1990). Para Cecchin (1987) curiosidad e hipótesis permiten al terapeuta buscar explicaciones distintas en las historias de las personas.

La conducción de una sesión comprende dos fases: la primera, donde el terapeuta indaga en el sistema de creencias interpersonales de la familia y que puede abarcar de una a tres sesiones y la segunda que consiste en usar las explicaciones elaboradas por el terapeuta para introducir información al sistema, a través de preguntas y comentarios, permitiendo evaluar la plausibilidad de la hipótesis (Urgazio, 1985).

#### **Neutralidad:**

En un inicio esta fue referida como un efecto pragmático por el comportamiento del terapeuta, de modo que si solicitaban a la familia decir a quién había apoyado, ellos se deberían mostrar confundidos (Rodríguez, 2004; Selvini et al., 1990). Tomm (1987) la neutralidad es una forma de empatizar con todos los miembros de la familia que evita que

el terapeuta se incline por una postura y le permite replantear su interpretación sobre lo que le sucede a la familia y acepta la validez de múltiples distinciones.

### Circularidad:

Es la capacidad del terapeuta para buscar información en términos de relaciones, de diferencia y cambio. Requiere que el terapeuta se libere de sus condicionamientos culturales y lingüísticos, a fin de pensar en términos de relaciones. El interrogatorio circular permite al terapeuta que cada miembro de la familia sea interrogado sobre la visión que posee de las relaciones de los miembros de su familia. En este sentido la circularidad requiere de la observación de relaciones en términos triádicos a fin de conocer los patrones de interacción de la familia. Dos principios fundamentales para que el terapeuta sea capaz de obtener información son: considerar que la información es una diferencia y que una diferencia es una relación o cambio de relación (Boscolo et al., 2003; Selvini et al., 1990).

### Intervenciones

#### Connotación positiva

La connotación positiva, permite al terapeuta atribuir los comportamientos de la familia, relacionados al problema, como una intención positiva. En sus inicios la connotación positiva actuaba como una especie de re-encuadramiento positivo y una forma de prescribir el síntoma, lo cual permitía acceder al sistema para cambiarlo. Existía una paradoja en la connotación positiva, sobre todo cuando iba ligada a la acción. La paradoja a la vez definía el patrón como problemático y fuera del control y a la vez como intencional o con arreglo, introduciendo a la familia en una espiral que iniciaba con el rechazo de la idea del terapeuta del síntoma positivamente útil, generando un cambio en las acciones y facilitando la aceptación del terapeuta (Boscolo et al., 1985; Boscolo, 2003; Cronen y Pearce, 1985; Ochoa de Alda, 2004).

En la actualidad la connotación positiva deja de ser paradójica y pasa a una visión positiva respecto a la identidad de la familia, el terapeuta se vuelve curioso de la forma en que el sistema es como es, y la situación que los lleva hasta ahí. La visión positiva de los comportamientos, síntomas e historia de las personas, acompañada del respeto del

terapeuta, enclava una opinión distinta, que permite abrir el camino hacia las soluciones (Boscolo, et al., 1985; Reséndiz, 2010).

### Rituales

Son prescripciones con una secuencia estructurada de comportamientos que inducen a nuevas formas de comportamiento. Son útiles para introducir un orden en situaciones de ambigüedad o confusión (Ochoa de Alda, 2004). De acuerdo a Boscolo y Bertrando (1996), los rituales deben tener las siguientes características:

- Poner a la familia en la condición de tener que comportarse de forma distinta a comportamientos que les ha ocasionado sufrimiento.
- Crear una experiencia colectiva que pueda dar nuevas perspectivas compartidas, colocando a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual..
- Favorecer la armonización de los tiempos individuales y colectivos, por ejemplo, introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.
- Actuar sobre los procesos y no sobre los contenidos del ritual. El ritual debe ser crítico, de tal modo que la familia pueda atribuirle sus significados.
- Prohibir que la familia hable entre sí de lo que sucedió en el ritual, antes de que suceda la próxima sesión.

### *Sesión mensual.*

El intervalo de un mes, entre cada sesión, comprobó que interrupciones más largas resultaban más eficaces. La sesión mensual haya su explicación en el modelo cibernético, que habla de que el máximo peligro para que se dé el cambio que amenaza al supra sistema familiar es que este pueda organizarse como un sistema demasiado rico. Las investigaciones del equipo de Milán demostraron que la introducción de estímulos terapéuticos, que no variaban, actuaban como perturbadores continuos, mientras que la interrupción de la familia y el terapeuta durante un intervalo mayor de tiempo acumulaba reacciones (cambios) observables (Selvini, et al., 1990).

### Interrogatorio circular

Las preguntas circulares permiten obtener información en un nivel relacional, introduciendo a los miembros de la familia a una visión sistémica que permita introducir información, vistas en términos de diferencia. Se basan en el pensamiento circular y permiten conocer los patrones de relación entre personas, ideas, sentimientos y contextos. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### Entrevista como intervención

Karl Tomm (1987a) considera la elaboración de estrategias como una propuesta que involucre la toma de decisiones del terapeuta, en cuanto a generar planes de acción, evaluación y una determinación del curso a seguir en terapia que no se limite a la intervención final. La entrevista vista como una serie de intervenciones permite formular preguntas que pueden tener efectos curativos en las personas, es decir, actuar como intervenciones continuas. Toma en cuenta que las intervenciones poseen un efecto que será determinado por la persona y no por el terapeuta, puesto que se considera que el sujeto escucha y ve lo que desea ver y escuchar.

La entrevista como intervención invita al terapeuta a reflexionar sobre los efectos en la familia de su propio comportamiento, el cual actúa a su vez como una intervención. Esta forma de intervención permite que el terapeuta evalúe los efectos de acciones previas y elabore planes de acción anticipando posibles consecuencias y alternativas.

Las entrevistas con las familias pueden contener cuatro tipos principales de preguntas (Tomm, 1987b; 1988):

- ❖ Lineales. Orientan hacia la situación del paciente y basadas en suposiciones causa-efecto.
- ❖ Reflexivas. Son preguntas que poseen la intención de promover la autocuración, activando los procesos de re-flexibilidad. se basan en la idea de que los sistemas co-evolucionan por lo que este tipo de preguntas tiene por fin desencadenar la actividad reflexiva en el sistema de creencia de los miembros de la familia.
- ❖ Circulares. Se basan en presuposiciones interaccionales y sistemáticas.

- ❖ **Estratégicas.** Se basan en suposiciones lineales y tienen por objetivo influenciar a las personas, es decir, su función es correctiva.

### **Consideraciones del modelo**

El modelo de Milán ofrece un gran repertorio histórico acerca de la construcción de esta forma de terapia. La separación del grupo de Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin marca un parte aguas en la carrera profesional de ambos equipos. El trabajo de Mara Selvini se caracteriza por un abordaje estratégico en el tratamiento con familias que ha resultado eficaz para pacientes anoréxicas y esquizofrénicos desde un abordaje que considera la complejidad del individuo desde el pensamiento multidimensional fundamentado en la epistemología de Edgar Morin y su método del pensamiento complejo. Esta forma de terapia no deja de ser estratégica, en el sentido de direccionalidad del proceso, pero ello tampoco le impide mantener un clima emotivo y de colaboración, que evita reticencias por parte del terapeuta.

Por su parte, las aportaciones de Boscolo y Cecchin se han enriquecido, originando un método que explica los sistemas en sus distintos niveles de complejidad, con un acercamiento de respeto y curiosidad hacia las familias. Su estructura teórica es en sí compleja, al igual que la comprensión de los seres humanos, pues no se limita a determinismos o ideas acabadas de lo que debiera ser el hombre.

### **2.6 Modelos derivados del posmodernismo**

Para entender los modelos derivados de la posmodernidad es necesario hacer un recuento histórico del modernismo a la posmodernidad. La modernidad fue un movimiento ideológico que tiene sus raíces en la ilustración, se consolida en el siglo XIX hasta caer en crisis a finales del siglo XX. Una de las características de la modernidad fue la liberación de las restricciones sociales tradicionales del hombre para dar paso a la ciencia y la tecnología como una promesa a la respuesta y solución de los problemas propios del humano. El individualismo fue otro rasgo de esta época, donde el mundo se apreciaba como objeto que podía ser observado y transformado (dominado) por el ojo y mano del hombre. Al ser la fe sustituida por la razón, el intelecto fue la base de ordenamiento del mundo a través de modelos racionales (Villoro, 1992).

Entre los siglos XVII y XVIII una serie de convicciones constituyeron lo moderno, concepto difundido por Juan Jacobo Rousseau, entre las que destacan: el énfasis de la razón como medio para conocer la verdad, en contraposición a la intuición y la fe; la aspiración de que los conocimientos se expresarán en formulas físico-matemáticas; la idea de que lo real es susceptible comprobarse por métodos rigurosos; la libertad como primordial para la realización del hombre; la creencia de la superioridad del hombre y el pensamiento democrático como idónea para el desarrollo de la sociedad. La época moderna, propiamente iniciada en el siglo XVIII con Galileo y Descartes, supone que todo se expresa en una realidad dual: sujeto y objeto, alma y cuerpo, supraestructura e infraestructura, conciencia e inconsciente, interioridad y exterioridad, siendo todo a la postre susceptible de ser conocido, pero con perseverantes esfuerzos de profundización (Roa, 2001).

Para el siglo XIX, las aportaciones de los científicos eran altamente valoradas, debido a la sistematización de sus métodos, que favorecían la objetividad e impedían la contaminación del acceso al conocimiento. En el siglo XX los profesionales de la salud trabajaban bajo la comprensión científica que evitaba las emociones, los valores y motivaciones por ser elementos contrarios a la objetividad. Para la psicología la objetividad se hizo indispensable para ser reconocida como ciencia, sus teorías giraban en torno a la causalidad de la patología y a tratamientos que permitieran al individuo curar su enfermedad (McNamee y Gergen, 1996). El entrenamiento de terapeutas consistía en un aprendizaje en etapas de habilidades terapéuticas, resultado de la supervisión, donde el proceso de terapia personal era un requisito indispensable para el proceso de entrenamiento y supervisión (Tarragona, 1999).

Más tarde, la crisis en la modernidad trajo consigo un nuevo pensamiento que hacía crítica de la visión modernista: el posmodernismo. De acuerdo a algunos autores (Lyotard, 1993; Roa, 2001) a partir del pensamiento posmoderno las ideologías, los metarrelatos y el interés por lo teórico perdieron su vigencia; la realidad pasó de un valor de uso a uno de cambio; la ética dejó de lado el análisis teórico retomando un sentido particular; la meta de la existencia se convirtió en la trivialización o dejar transcurrir el tiempo sin preocupaciones, tendiendo al placer inmediato; la dualidad objeto-sujeto se esfumó porque a partir del posmodernismo el objeto creado se vuelve sobre el sujeto creador.



A partir del posmodernismo, se considera que los valores de la modernidad se van a su extremo, el consumismo y las tecnologías comunicativas hacen un uso excesivo de la palabra; se reducen las relaciones autoritarias, aumentan las opciones privadas y se privilegia la diversidad; el saber se produce para ser vendido, modificándose a su vez la sociedad en cuanto a las exigencias económicas y estatales; ya no se cree en “*verdades ni realidades*”, la *legitimación* que se logra puede no ser verdadera, pues se transforma con frecuencia, no hay teorías, ni leyes pues se argumenta que nuestra forma de ver las cosas cambia, esta legitimación se logra a través de expertos en áreas específicas y lo establecido se transmite a través del lenguaje. La familia, la religión y la política dejan de ser importantes pues difícilmente se cree en algo.

Kenneth Gergen (2006) comenta que para entender a la posmodernidad es necesario constatarla con la modernidad y refiere tres características: la posmodernidad pone en tela de juicio la supremacía de la ciencia, cuestiona la teoría de la correspondencia según la cual el lenguaje es un reflejo del mundo exterior, y cree que la realidad depende de los relatos y de las interpretaciones.

Por su parte, Harlene Anderson (1997) ha señalado que el término “posmoderno” describe una crítica, más que una época histórica o un modelo o técnica psicoterapéutica. La crítica consiste en un cuestionamiento sobre la naturaleza del conocimiento, el cómo conocemos y pone en duda la posibilidad de “aprehender” la realidad directamente tal cual es. Plantea que nuestra dilucidación de realidad es construida a través de un consenso lingüístico. Al respecto Hoffman (1998) refiere la posmodernidad se basa en la teoría de la construcción social, que propone que siempre miramos a través de algún tipo de “lente”: nuestras teorías, cultura, momento histórico, género, por lo que solo podemos tener una representación directa del mundo a través de nuestra experiencia.

La posmodernidad como crítica de la modernidad, específicamente en la psicología, confiere a que los terapeutas señalan el sesgo ideológico de las teorías modernistas que argumentaban neutralidad en el campo de la salud mental. Los terapeutas familiares cuestionaban la idea de la patología como un problema perteneciente exclusivamente a un individuo y anteponían la unidad familiar como un factor de incidencia en la problemática atribuida al sujeto. El pensamiento posmoderno, apoyado de la fenomenología, la hermenéutica, el constructivismo, el construccionismo y el feminismo, aducían a la

liberación de los prejuicios de disfunción individual y culpabilización de la mujer como responsable de los trastornos mentales en la familia, favorecían además, el reconocimiento de la dignidad del paciente que hasta entonces tenía un trato peyorativo. Asimismo, el constructivismo cuestiona la idea modernista entre el conocedor y lo conocido, argumentando que en la ciencia, el observador nunca es totalmente independiente del mundo que observa (McNamee y Gergen, 1996).

El construccionismo social critica la concepción modernista del pensamiento científico. El construccionismo partió de las relaciones interpersonales y procesos sociales provistos de significación como parte de la concepción de las realidades.

El posestructuralismo, usado en ocasiones como sinónimo de posmodernidad, representó un ataque a la cibernética que planteaba a la familia como un sistema homeostático, orillando a algunos terapeutas a abortar la cibernética para dar paso a la hermenéutica o “giro interpretativo”, el cual favorece la intersubjetividad del diálogo (Hoffman, 1990).

A partir del posmodernismo, el campo de la terapia se entiende como una *actividad dialógica*. En el entrenamiento como terapeuta, supervisor y supervisado crean significados a través de sus conversaciones, su objetivo es crear un contexto que facilite nuevos significados y permitan el aprendizaje y el cambio. En la actividad terapéutica prevalece una postura del “no saber”, debido a que el cliente es el experto de su propia vida, manifestándose una actitud de curiosidad y necesidad de saber más, en lugar de comunicar opiniones teóricas y expectativas preconcebidas sobre el problema, lo que implica una clara reducción de la jerarquía. La tarea del terapeuta es aprender a participar de la mejor manera posible en un proceso de expansión y creación de significados bajo el supuesto de la colaboración o co-construcción que tienen por fundamento el constructivismo y el construccionismo social (Tarragona, 1999)

### **2.6.1 Terapia Narrativa**

La terapia narrativa surge en los años 80 como una nueva forma de concebir la terapia y entender los problemas y la identidad del sujeto como dos entidades separadas que se unen en los relatos construidos socialmente. Este enfoque considera a la persona como experta en la particularidad de su problema, por lo que el terapeuta pondera un acercamiento de

colaboración, respeto y genuina curiosidad a su experiencia. Las narraciones son maneras de moldear la vida y las relaciones sociales, organizan y dan sentido a la experiencia y son la vía por la que el sujeto expresa su interpretación del mundo. Para la terapia narrativa las narraciones del individuo dependen de las convenciones sociales y del significado que atribuyen a los hechos o experiencia, por lo que estos relatos dan cuenta de su forma de pensar y actuar en el mundo (Pakman, 1997).

De acuerdo a Linares (1996), el término narrativa fue aplicado en la terapia principalmente por Carlos Sluzki, Michael White y David Epston. Sin embargo, M. White de Adelaide, Australia y D. Epston de Nueva Zelanda, desarrollan el enfoque narrativo, manteniéndose en constante comunicación. Teniendo como fundamento las ideas Bateson sobre la diferencia que hace la diferencia; los trabajos de conocimiento y poder de Michael Foucault, y los mecanismos de desconstrucción de Jacques Derrida, la terapia narrativa se constituye como un desarrollo relevante del socio construcciónismo (Hoffman, 1998; Linares, 1996; Suárez, 2004).

### **Fundamentos teóricos**

Nacida del pensamiento construccionista social, la terapia narrativa considera que las realidades se construyen a través del lenguaje y se organizan y mantienen por medio de las historias que dan sentido a la experiencia de los acontecimientos. Por lo mismo, considera que no hay verdades absolutas, sino interpretaciones de nuestras experiencias en forma de narrativas que dotan sentido nuestra vida y comportamiento (Fernández y Rodríguez, 2002). La identidad se construye en las narraciones que emergen de las interacciones sociales del individuo, por lo que es posible una multiplicidad de relatos o múltiples realidades (Gergen, 2006a, 2010).

Tomando en cuenta la multiplicidad de realidades y la imposibilidad de conocer la realidad objetiva, White retoma las aportaciones de G. Bateson sobre el método interpretativo y su dimensión temporal. Entendiendo por método interpretativo un proceso en el que el individuo atribuye un significado a su experiencia a partir de premisas (o un contexto) que actúan como un marco de referencia que da sentido al mundo. La dimensión temporal considera la información como una diferencia, que situada en un espacio temporal, permite en los individuos o sistemas abiertos nuevos comportamientos. De acuerdo a esto, White

considera los problemas no como una disfunción o patología, sino como consecuencia de los significados que las personas atribuyen a su experiencia y que en consecuencia las lleva a mantener ciertos comportamientos que facilitan el mantenimiento y co-evolución del problema (White y Epston, 1993).

Asimismo, la terapia narrativa retoma los estudios de Jacques Derrida y Michel Foucault, acerca de las relaciones de poder ocultas en el discurso institucional y sus textos canónicos. En el primer caso, Derrida propone un cuestionamiento de lo no dicho (lo contrario a lo dicho) como forma de desenmascarar la “ilusión determinante” de la sociedad occidental. Insiste en el conocimiento como un cruce entre textos que sólo separados desunirían el lenguaje del *mundo natural* y socavarían el *patrón oro*. Foucault en sus estudios sobre *conocimiento y poder* rastrea la genealogía de las instituciones modernas, sosteniendo que los discursos de saber normalizadores de la sociedad ejercen un poder que dicta los comportamientos en los sujetos, que tienen por efecto deshumanizar y oprimir al individuo. Estos fundamentos, permiten a White explicar los problemas que manifiestan las personas como narraciones en que se hayan presentes discursos de poder social que limitan la vida de las personas y que no representan suficientemente su experiencia. Adherido a esto, White reconoce que existen aspectos significativos en la vida de todo sujeto que contradicen esos relatos dominantes. Precisamente una forma de cuestionar esas estructuras dominantes en la narración y generar narrativas más equitativas es la propuesta deconstructiva que hace la terapia narrativa (Hoffman, 1998; White y Epston, 1993).

### **Supuestos básicos**

Para Bruner las historias están compuestas de panoramas duales: uno de acción y otro de la conciencia. El primero se conforma por hechos o acciones unidas en secuencias particulares a través de la dimensión temporal. El panorama de la conciencia se refiere a interpretaciones de los individuos que figuran en la narración y las interpretaciones del lector sobre los deseos, preferencias de los personajes, sus características, cualidades y estados intencionales (motivos, finalidades). Además, cuando estos están suficientemente elaborados por el texto se unen para formar compromisos que determinan trayectorias particulares en la vida (en White, 1994).

La metáfora narrativa propone que las personas viven su vida de conforme a historias modeladoras de experiencia y con efectos reales en la estructura de su vida. Para la terapia narrativa las personas interpretamos y damos significados a nuestro acontecer en la vida diaria, esta atribución de significado proporciona un tema a nuestra historia y narraciones que utilizamos para describirla. Esta significación a la experiencia es lo que determina las vidas; los relatos, narraciones o historias que suministran el marco primario de interpretación, y es por este marco que las personas juzgan sus vidas. (White, 1994).

Las historias son eventos seleccionados (sobre otros que permanecen ocultos) que se mantienen ligados en una secuencia de tiempo y que afectan las relaciones presentes y futuras de la persona. La selección de esos eventos está relacionada con la significación que se otorga a ciertos acontecimientos en un contexto cultural y a la imposibilidad de abarcar todas las contingencias que aparecen en la vida de forma total. Precisamente por esto, las historias presentan lagunas o contradicciones que llevan a las personas a nuevas interpretaciones y nuevas historias. Las historias pueden ser múltiples o confluir varias a la vez, en el individuo, la familia o la comunidad, además, algunas tienen mayor poder que otras para permanecer (Freedman y Combs, 1996; Morgan, 2000; White, 1994).

En terapia las personas experimentan problemas cuando las narraciones con las que relatan su experiencia no representan sus vivencias, por lo que el terapeuta busca, en colaboración con las personas, aspectos significativos en la vida de la persona que contradigan esas narraciones dominantes (White y Epston, 1993).

De acuerdo a Morgan (2000) las historias dominantes son descripciones delgadas creadas por otros que tienen mayor poder y mantenidas por la personas, sostienen situaciones saturadas del problema y definen la identidad del sujeto en forma negativa, oscureciendo las relaciones de poder inmersas y los actos de resistencia. Para Freedman y Combs (1996) las historias alternativas son descripciones ricas o gruesas que abren nuevas posibilidades e identidades para relacionarse y se encuentran libres de la influencia del problema. La terapia narrativa busca enriquecer las narraciones de las personas, por ello, la analogía de texto es una forma de abordaje que permite al terapeuta hacer una distinción entre el relato dominante y el alternativo; posibilita situar los eventos en una dimensión temporal para ver los relatos en sus contextos socio-políticos y los efectos de poder de las verdades normalizadoras en la persona y sus relaciones (Suárez, 2004).

### **La práctica narrativa en terapia**

Debido a que para este enfoque, los problemas se originan de los significados con los que las personas organizan su vida, el terapeuta tiene por meta enriquecer las narrativas y desconstruir las verdades o discursos totalizantes que constriñen la experiencia. Tres desconstrucciones que se llevan a cabo en la práctica narrativa se refieren: al relato, a las prácticas modernas de poder y a las prácticas discursivas. Para lograr esto, el terapeuta emplea las conversaciones externalizantes que tienen por fin socavar la influencia que han ejercido en el comportamiento del sujeto (White, 1994).

Externalizar los relatos que se viven como problemáticas tiene como propósito cosificar el problema como una entidad separada de la persona. Ayuda a los individuos a combatir el problema que los oprime, haciendo disminuir la sensación de fracaso y abriendo nuevas posibilidades. Este proceso se inicia alentando a las personas a que den cuenta de los efectos que tienen en su vida dichos problemas y la manera en que ha afectado su concepción sobre ellos mismos. Posterior a esto se incita a las personas a señalar la influencia que esas creencias o percepciones han tenido en su vida. Procedimiento a través del cual el individuo observa que el problema deja de hablar de su identidad y de sus relaciones, pues éstas quedan separadas de las historias que dominan o alienan la vida de la persona. Lograda esa separación se abre el camino para buscar otras ideas preferidas, a través de la identificación de logros aislados (White, 1994; White y Epston, 1993).

Los logros aislados son los aspectos de la experiencia de las personas que contradicen sus relatos dominantes, los cuales se encuentran ubicados en territorios alternos a aquellos que alienan la vida de las personas. Estos logros son considerados como preferidos o significativos y para el terapeuta pueden facilitar la recreación de historias alternativas a través de la formulación de preguntas (White, 1994). Por ejemplo, las preguntas sobre el panorama de acción ayudan a ubicar logros aislados en el pasado o presente de la persona para después articular estos logros con preguntas relacionadas al panorama de la conciencia, las cuales conllevan a identificar los estados intencionales y a desarrollar la realización de preferencias alternativas (deseos, cualidades personales y de relación) capaces de generar nuevos estilos de vida (White, 1994).

Por su parte, en la desconstrucción de las prácticas de poder se externalizan vivencias relacionadas con dichas prácticas con la finalidad de desarrollar contra-prácticas. Mientras

que en la desconstrucción de las prácticas del saber el terapeuta reconoce como primordial el papel activo de las personas en terapia para co-construir su propia historia (White, 1994).

Otras formas a considerarse en las prácticas preferidas de la terapia narrativa se refieren a los relatos, las conversaciones de re-autoría, las conversaciones de remembranza, las ceremonias de definición y los documentos terapéuticos. A continuación se describen cada uno de ellos.

### **Narrar y re-narrar**

Los relatos de la gente contienen dolor, confusión, sufrimiento y fracaso. Sin embargo a partir de un relato el terapeuta puede reconstruir otro diferente, que incluya otros elementos que fueron omitidos, llevando a las personas a dar una explicación más exacta de sus vidas. En un inicio la re-narración puede ser frágil, a pesar de contar con los sub-argumentos elaborados en terapia. El relato sólo se vuelve más fuerte cuando este re-historiar se realiza ante una audiencia comprensiva o testigos externos que facilitan llevar al mundo externo lo acontecido en terapia. Los testigos externos escuchan y comentan sobre las conversaciones, lo cual a la vez permite el descentramiento del terapeuta en las relaciones del individuo. Para llevar a cabo este proceso de narrar y re-narrar se considera necesario llevar a cabo los siguientes principios (Payne, 2002):

- a) Contarlos a varias personas.
- b) Escuchar las respuestas que reflejan el interés, respeto.
- c) Contar nuevamente los relatos ante otras audiencias.
- d) Escuchar nuevas repuestas.
- e) Continuar narrando y re-narrando, escuchando y así sucesivamente.

### **Conversaciones de re-autoría:**

Se basa en la premisa de que es imposible englobar la totalidad de experiencia de la persona, pues invariablemente habrá inconsistencias y contradicciones, por lo que siempre habrá argumentos que puedan ser contruidos para describir nuestra vida. Por lo tanto, nuestra identidad se compone de muchos relatos o historias. Las conversaciones de re-autoría consisten en la co-construcción de la persona y el terapeuta de argumentos que cambien el significado que limita la experiencia del consultante (historia problemática). Estos nuevos argumentos involucran eventos pasados extraordinarios, que contradicen la historia dominante y que al vincularlos con el tema traído por el paciente permiten cambiar

el significado de su experiencia y re- escribir así historias de vida alternativas (Carey y Russell, 2003).

### **Conversaciones de remembranza:**

Retoma el pensamiento post-estructuralista, de acuerdo al cual la identidad se traza por medio de las relaciones con otras personas, a través de múltiples voces. Las conversaciones de remembranza pueden implementarse cuando se menciona a alguien importante o cuando se habla de una habilidad o un conocimiento que le ha sido útil para contrarrestar el problema. Se usan para re-agregar a personas significativas en la vida de los individuos que por sus problemas se han segregado. Michael White desarrolló la idea de que la identidad del sujeto se forma por las personas que integran nuestro “club de vida” y lo que estas puedan decir acerca de las experiencias que jugaron un papel importante o enriquecedor en dado momento de nuestra vida, lo cual contribuye a abrir un camino para las historias preferidas de identidad (Russell y Carey, 2004).

### **Ceremonias de definición, testigos y audiencia:**

Se basa en la metáfora que Barbara Myerhoff utilizó para describir las actividades de ciertas poblaciones marginadas. Estas ceremonias consisten en convocar a testigos externos que permiten a las personas ser valoradas y reconocidas en su identidad y su historias. Asimismo, contribuyen a la autoconsciencia y reflexividad de cómo se observan las personas y su valor como agentes activos en la creación su experiencia (White, 2002).

### **Documentos terapéuticos:**

De acuerdo a Payne, (2002) los documentos terapéuticos son cartas, declaraciones, certificados u otros textos o elementos visuales que permiten un registro de nuevos logros y que tienen por propósito hacer que perduren los nuevos conocimientos acerca de la experiencia de las personas. Deben utilizarse en momentos en que la persona ha enriquecido la perspectiva de su experiencia a través de conversaciones re-historiadoras, a fin de no convertirlos en una sentencia restrictiva. Los documentos pueden usarse en:

- a) *La re-narración:* a manera de fortalecer y recordar los sub-argumentos o descubrimientos generados en las conversaciones terapéuticas.
- b) *La desconstrucción de relaciones de poder:* para desmentir prejuicios impuestos por los diferentes estratos de la sociedad, dando la voz a la persona para comentar sus



sensaciones y percepciones. En este sentido, el terapeuta narrativo evita archivos secretos hacia sus consultantes.

c) *En el trabajo con niños o adolescentes.*

d) *En escritos para comprender la experiencia:* se considera útil escribir y conversar sobre cosas dolorosas, ya que permite comprender su experiencia y moldearla y controlarla provocando mejores sensaciones. Los escritos pueden modificarse hasta expresar lo que se quiere (cambiando su significado y su trama), después puede ser leído varias veces o mostrarse a una audiencia.

### Consideraciones finales

La terapia narrativa ofrece una diversidad de posibilidades en la co-construcción de nuevas historias, que permitan a las personas vivir libres del problema. Son tres aspectos que se pueden destacar en la aplicación de la Terapia narrativa: en primer lugar marca una diferencia en comparación con otras formas de terapia, por ejemplo, la introspectiva, ya que coloca el problema del consultante como algo separado de su persona, evitando de esta manera las etiquetas que limitan su identidad y la forma en cómo esto se refleja en sus relaciones sociales.

Un segundo punto que se puede subrayar es que reconoce la importancia activa de la persona en la construcción de nuevos significados sobre su experiencia de vida, haciendo posible optar por una identidad en la que el sujeto se reconoce como capaz de tomar decisiones que influyen favorablemente en su vida, es decir el paciente reconoce los propios recursos, eventos libres de problema mediante los cuales co-construye con el terapeuta nuevos significados, en los que el problema deja de existir y adquiere así una agencia personal.

Un tercer aspecto que se puede apuntalar es que esta forma de terapia es aplicable no sólo al espacio terapéutico, sino a una diversidad de contextos, ya que los supuestos teóricos en los que se basa, pueden ser aplicados en el trabajo con instituciones; con grupos; en la creación y aplicación de proyectos y/o talleres; con personas de distintas edades, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

### 2.6.2 El Equipo Reflexivo

Las primeras nociones de trabajo reflexivo surgen en Noruega hacia el año de 1984 pero es propiamente denominado como Equipo reflexivo a partir de 1985. Tom Andersen después de trabajar por años con la modalidad de equipo terapéutico bajo el modelo de Milán, empezó a sentir la incomodidad, al igual que sus colaboradores sobre esta forma de trabajo al enfrentar los dilemas relativos a la posición de experto y decidir cuáles eran los comentarios e intervenciones discutidas en el equipo que deberían dar a sus clientes, lo cual les llevó a cuestionarse por qué tendrían que ocultar las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y que los terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Beltran, 2004).

La idea de poner en práctica las conversaciones abiertas (o de reflexión) había surgido desde 1981, sin embargo no se llevaron a cabo por temor a referirse de manera ofensiva a los miembros de la familia. En 1984 se produjo un cambio en el modo de intervenir, se empezó a decir a las familias: “además de, lo que ustedes vieron, nosotros vimos esto” y “además de lo que ustedes trataron de hacer, podrían intentar esto”, con la intención de destacar que tanto las consideraciones de la familia como las del equipo tenían valor. Finalmente, en marzo de 1985 el equipo reflexivo se aplica formalmente con Magnus Hald, Eivind Eckhoff, Trygve Nissen y Andersen (Andersen, 2005).

Andersen (2005), considera que su modo de hablar del origen y desarrollo de los procesos reflexivos ha cambiado con los años, al inicio se refería básicamente a teorías que pudieran explicarlo, de tal manera que se asemejaba que esos procesos reflectores habían nacido de la intelectualidad. Sin embargo, más tarde rectificó, reconociendo que fueron consecuencia de sentimientos, a pesar de que no era consciente de ellos cuando en marzo de 1985 apareció por primera vez el proceso reflexivo. Actualmente piensa que fue una solución para el desasosiego que sentía como terapeuta, pues considera que ser terapeuta es ante todo “estar con otros” y resulta difícil estar con otros cuando ese estar juntos nos incomoda tanto a ellos como al terapeuta.

### Fundamentos teóricos

La construcción de los argumentos teóricos del trabajo con equipo reflexivo se desprende inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foerster y Von Glasersfeld, de las ideas de Bateson sobre las diferencias que hace la diferencia y los estudios de Humberto Maturana y Varela referentes a la idea de que las personas, al interactuar en el mundo exterior, construyen a través de sus percepciones representaciones del mundo y del problema por lo que no hay que hablar de un universo, sino del multiuniverso y de la gran posibilidad de significados que contiene nuestro mundo.

El desarrollo y la práctica con Equipo Reflexivo, también se vio influido por los trabajos del Instituto Ackerman de Nueva York y el Instituto de la Familia de Galveston, específicamente en lo referente al cuidado, respeto e integridad hacia las familias, así como las conversaciones y experiencias con los terapeutas del equipo de Brattleboro, integrado por Judith Davidson, William D. Lax y Darío Lussardi, Arlene Katz y Harlene Anderson, siendo los conceptos centrales el lenguaje como conversación y la colaboración como actitud terapéutica (Beltrán, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### Supuestos básicos

Nutrida por el construccionismo, el equipo reflexivo retoma las premisas de la modernidad para proponer algunas premisas alternativas (Andersen, 2005):

1. Una alternativa a las explicaciones estables y generalizables versa sobre que es posible comprender contextualmente a una persona en un momento dado. Tal comprensión es comprensible con el concepto de realidades múltiples.
2. Una premisa alternativa a la de que una persona es gobernada desde un centro interior es la de que la persona no está en el centro, sino que el centro de la persona está fuera de ella, en la colectividad que integra con otras.
3. El lenguaje *además de informar, forma*. El lenguaje intervendrá en la formación de lo que lleguemos a pensar y comprender. John Shoter se inspira en Bajtin y Voloshinov para avanzar aún más el tema y decir que nuestras expresiones no sólo forman lo que llegamos a pensar, sino que, de hecho, forman a la persona en su totalidad, incluida su configuración fisiológica.

4. Una premisa alternativa respecto a las palabras, tal como son oídas, habladas y escritas en papel, es que las palabras sólo se refieren a otras palabras. Las palabras poseen significados en sus similitudes y diferencias con otras palabras. Derrida dice que las palabras remiten a otras palabras, y no a los objetos que están “ahí fuera”. La impresión, la “imagen” o las ideas peculiares de lo que está ahí fuera, y de lo que nosotros hablamos, son formadas por las palabras que elegimos para nuestras descripciones. En consecuencia todas las palabras pueden ser objeto de matizaciones sucesivas.

Andersen (1994) retomó ideas de Bateson, referentes a cambio, pues éste veía al cambio como una diferencia que ocurría en el tiempo. Asimismo pensaba que una diferencia no viene sola, sino junto con otra diferencia, lo cual evidencia con su famosa enunciación “una diferencia hace una diferencia”. Esto lo notó después de evidenciar el trabajo de Bülow-Hansen quién notó que cuando una persona atraviesa un periodo difícil, su equilibrio se resiente, en el sentido de que los músculos flexores aumentan su actividad, limitando la de los extensores. La persona tiende a “acurrucarse” y el cuerpo tiende a “cerrarse”, lo cual también impacta en la respiración. Este proceso de estirarse, respirar y aflojar la tensión se modifica todo el equilibrio muscular de todo el cuerpo. A veces es posible ver un cambio en la postura del individuo.

Ambos influyeron en Andersen pues le enseñaron que hay tres diferencias, de las cuales sólo una hace una diferencia. Lo excesivamente habitual no hace diferencia alguna. Lo excesivamente insólito no hace diferencia alguna, lo adecuadamente insólito hace una diferencia.

La otra cosa que aprendió de Bülow-Hansen fue que tiene que esperar a ver cómo responde el otro a lo que yo digo o hago, antes de decir o hacer lo siguiente. También considera que este trabajo es útil para el terapeuta pues le permite notar su propia sensación de incomodidad cuando forzamos a otros a participar en algo demasiado insólito para ellos.

Andersen (1995) describe los procesos reflectores como alternancias entre el conversar con otros sobre temas importantes y sentarse a escuchar sobre los mismos. La conversación con los otros es externa, mientras que la que se hace cuando uno escucha es una conversación

interna. De esta manera y retomando a Bateson las diferentes puntuaciones generan nuevas ideas y nuevos significados.

Los procesos reflectores, al fundamentarse en el concepto de Círculo hermenéutico, suponen que vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco que hemos estructurado en el pasado, entendiendo con ello que las personas logran “ser” en la búsqueda continua de significados. La comprensión que tiene una persona se relaciona con lo oído y visto. Sin embargo la vida es tan amplia que es imposible ver y oír absolutamente todo, lo que supone que simplificamos en el acto de significar, al seleccionar eso que se ve y se escucha para poder aprehender el significado de un evento. De acuerdo a Andersen, esta acción simplificadora se rige por los propios prejuicios (pre-entendimientos), los cuales se van formando y acumulando a través de la forma en vivimos y que nos llevan a buscar eso visto y oído, es decir, la comprensión del mundo tiene que ver con los propios límites como personas. No obstante, puede suceder que en el proceso de entender la persona se encuentre con una experiencia novedosa (local) de lo visto y oído antes, de tal forma que cambie su pre-entendimiento o lo matice. este pre-entendimiento mantiene una relación y la experiencia local es lo que se conoce como círculo hermenéutico.

El concepto principal de los procesos reflectores es el lenguaje. Andersen retoma a Wittgenstein para apoyar el supuesto de que estamos dentro del lenguaje y el lenguaje contiene tanto las posibilidades como los límites con respecto a lo que comprendemos del mundo y cómo lo comprendemos. El lenguaje nos permite crear conversaciones en las que los individuos, al dialogar crean y experimentan en la acción con otros y con ellos mismos el acto de significar. Los sistemas humanos se conciben como sistemas generadores de lenguaje y significado, por lo que el sistema terapéutico, formado por la persona o familia que consulta y el terapeuta, es un sistema lingüístico en el que se generan significados conjuntos y únicos para las personas que participan en ese contexto determinado (Beltrán, 2004).

De acuerdo a lo anterior, una conversación contiene una parte informativa pero también una formativa, pues por medio del lenguaje se encuentran significados que le permiten una forma de estar en el mundo, en el momento histórico en el que se desenvuelve. La conversación es una actividad en el que el cuerpo se forma y se reforma en el acto de “hablar con”. El lenguaje se convierte en un órgano de los sentidos que aprehende

significados, lo que promueve una forma de hablar y por ende nuestro pensamiento, en la relación social surge el “yo” y los límites de la realidad se hallan en el lenguaje que utilizamos para describirlo.

Las palabras no son inocentes en el sentido que contribuyen a ciertos significados y por ello ciertas formas de estar en el mundo. Las palabras pueden reflejar deficiencias, en el área de la salud mental por ejemplo, el lenguaje de la patología limita la vida de las personas, por lo que dentro del enfoque reflexivo se toma con seriedad la manera en que se utilizan las palabras al referirse a una situación que ha vivido la persona o a la descripción de la persona misma, debido a que la forma en que se utilizan las palabras promueve una comprensión determinada y por lo tanto una manera de relacionarse con ella. El trabajo con equipo reflexivo privilegia que la misma persona encuentre sus propias palabras sobre la situación que vive, incluso indaga sobre el dialogo que la persona mantiene consigo misma respecto al problema que lo aqueja, a fin de generar conversaciones externas que le permitan decidir cómo ver y qué hacer en su vida en un lenguaje amistoso más que patologizante (Andersen, 1995).

### **La práctica con Equipo Reflexivo**

La práctica con equipo reflexivo es un proceso que más que planificado busca que quienes participen en el proceso puedan decidir y hacer lo que les resulte cómodo y natural. La práctica reflexiva puede realizarse bajo distintas modalidades tanto en el contexto terapéutico o en contextos de supervisión. En la práctica terapéutica propiamente dicha, la familia que acude (sistema estancado), más el terapeuta forman un sistema que conversa, mientras el equipo reflexivo se encuentra observando generalmente detrás de un espejo unidireccional y escucha en silencio la conversación. Durante este momento los integrantes del equipo no se hablan entre sí, cada uno mantiene un dialogo interno en el que se formula preguntas relativas a la forma en que la situación o tema que presenta el sistema puede ser descrito y las otras maneras en que puede ser explicada.

Posteriormente y con previo aviso a la familia el equipo presenta sus ideas hablando entre sí sobre lo que pensaron mientras escuchaban y las preguntas que se hicieron, a manera de reflexiones especulativas. Mientras los miembros de la familia y el terapeuta adoptan una

posición de escucha que permite mantener un dialogo interno sobre lo que dice el equipo reflexivo.

Una vez que el equipo termina sus reflexiones la familia y el terapeuta conversan sobre las ideas que tuvieron a partir de lo que escucharon, para ello el terapeuta puede preguntar “¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer un comentario?”. Cuando los miembros de la familia manifiestan alguna o más ideas, el terapeuta hace más preguntas sobre ellas y una vez que todos han dado sus comentarios y las han discutido, el terapeuta puede proporcionar las ideas que se le ocurrieron mientras escuchaba al equipo y ponerlas a discusión (Andersen, 1991).

Es importante mantener una actitud abierta hacia la postura del cliente y manteniendo la coherencia con las concepciones de éste, para ello se tomen en cuenta algunas características que el terapeuta debe considerar en las conversaciones (Andersen, 2001):

- La conversación implica enterarse un poco de un tema y después mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno.
- Es importante hacer preguntas que amplíen posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta. Las preguntas conversacionales son la mejor herramienta del terapeuta y surgen de la posición de no saber. Implica una escucha sensible o activa, lo que exige que preste atención a los relatos de los clientes de una manera distinta. Las preguntas no se crean a partir de teorías preconcebidas del terapeuta acerca de cuál debería ser el relato ni validar o rechazar una hipótesis.
- Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir. Andersen señala que no hay detrás o debajo de las palabras sino que todo está en las palabras. Evite escuchar su diálogo interno sobre lo que usted cree que los clientes quisieron decir con sus palabras.
- La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo inusual.
- Los clientes dan muchas señales, es importante entrenar la sensibilidad para poder observar lo que la persona expresa con la voz o los movimientos o las emociones; escuchar es también ver.

Asimismo, algunas pautas de trabajo que mantiene el equipo reflexivo son (Andersen 1994; 2005):

- Hablar de forma especulativa sobre lo visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta. Iniciando con una descripción de lo escuchado o visto para luego proceder de un modo indagador, “cuando X dijo...” y luego ejemplo “me pregunto si...”. Se evitan las declaraciones, las opiniones y los significados como una forma de evitar que los miembros de la familia los asuman como algo que deberían hacer, evitar sentir que alguien es “mejor” o incluso sentirse criticadas.
- Sentirse en libertad de comentar todo cuanto se oye, pero no todo lo que se ve.
- El equipo reflexivo no interrumpe para dar consejos o para hacer preguntas, tampoco discute detrás del espejo para acordar lo que se dirá. En este sentido se privilegia el dialogo interno de cada miembro del equipo lo que a su vez permite una diversidad de ideas.
- Las conversaciones se desarrollan básicamente en preguntas poco usuales sobre los temas que presenta la familia.
- Se evitan las connotaciones negativas.

Para Anderson 2005, el proceso de equipo de reflexión implica basarse en una posición de heterarquía, la cual podría denominarse como relación democrática, relación igualitaria o relación con colaboradores igualmente importantes. Además comprende desplazamientos entre hablar y escuchar. El hablar a otro u otros pueden describirse como una conversación exterior, mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una conversación interior.

Esta forma de práctica con equipo reflexivo permite que las personas que llegan a consulta tengan la posibilidad de formularse nuevas preguntas, en la medida que escuchan al equipo, estableciendo nuevas distinciones. Las personas que se encuentran estancadas en lo que ellos describen como situaciones problemáticas, usualmente se hacen la misma pregunta de forma recurrente. La conversación permite el proceso de crear nuevas comprensiones del problema por medio de preguntas inusuales que lleven a las personas a hacerse nuevas preguntas.



### Consideraciones finales

La práctica con equipo reflexivo es un espacio de conversación y génesis de nuevos significados donde se está inmerso en el lenguaje con sus posibilidades y limitaciones. La terapia desde este punto de vista no es una técnica, sino un modo en que el terapeuta participa con las familias consultantes, bajo una relación heterarquica o igualitaria en el que se favorece la conversación. Las conversaciones del enfoque reflexivo pueden ser útiles no sólo en la terapia, los procesos reflectores son aplicables al ámbito institucional, empresarial, en supervisión clínica e incluso en la investigación cualitativa, por mencionar algunos ejemplos. El equipo reflexivo es una alternativa para afrontar diversos problemas que presentan las personas, las familias u otros grupos sociales, en donde el co-generar en la conversación permite nuevas descripciones sobre un tema o problema determinado, que posibilita a su vez vislumbrar nuevos significados o modos de conversar y con ello nuevas formas de ser en el mundo, nuevas formas de comprenderlo y por ende de actuar frente a esa realidad.

#### 2.6.3 Enfoque Colaborativo

El enfoque colaborativo surge dentro del movimiento posmoderno, que proclama la muerte de la modernidad y la aparición de nuevas perspectivas. Dentro del contexto terapéutico, Harlene Anderson y Harry Goolishian desertaron de las filas de la cibernética y se sumaron a las de la hermenéutica iniciando un trabajo conjunto (Hoffman, 1996). Anderson (2001), refiere que este modo de trabajar nació del fluir de innumerables conversaciones terapéuticas y conversaciones acerca de la terapia en las que Harry Goolishian y ella participaron durante años.

Beltrán (2004) explica que el trabajo de ambos comenzó por el interés que tenían sobre la Terapia del Impacto Múltiple (TIM) en 1970, en la University of Texas Medical Branch, en Galveston Texas. La TIM había sido creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, que consistía en un equipo multidisciplinario que trabaja intensivamente con la familia e incluía a profesionales involucrados en el tratamiento del entonces llamado paciente identificado, y a miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia. El objetivo consistía en ayudar a las familias a crear un proceso de auto-rehabilitación que les permitiera enfrentar la crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

La terapia TIM representó una innovadora comprensión de la terapia y el diseño de una nueva teoría social, ya que el equipo valoraba la importancia del individuo y sus sistemas relacionales. La forma en que se presentaba el equipo con la familia mostraba un concepto diferente del de terapeutas tras el espejo; el equipo concebía la idea de que la creatividad y el ingenio humano eran limitados. Es así que el TIM formó parte del cambio paradigmático que emergió en la década de 1960 en el campo de la psicoterapia, cambio que se caracterizó por pasar de una visión lineal e individual del comportamiento humano a una visión relacional en la que para comprender los problemas del individuo se incluía el estudio de la familia.

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute, en donde se continuó trabajando la terapia y el entrenamiento con el formato de la TIM. Como terapeutas familiares, retomaron varias teorías de los sistemas cibernéticos (desde la teoría de la cibernética de primer orden hasta la cibernética de segundo orden) como metáforas explicativas de las problemáticas presentadas por los pacientes y sus familias. Sin embargo, estas metáforas fueron abandonadas, luego de considerar el punto de vista de la hermenéutica y de las teorías socioconstruccionistas, estableciendo las primeras nociones de lo que sería la terapia colaborativa.

### **Fundamentos teóricos**

El enfoque colaborativo trata de una propuesta apoyada en marcos referenciales filosóficos como: la teoría de la construcción social, que retoma la idea de que la realidad no existe “allí fuera” de modo independiente, sino que su sentido concibe colectivamente; la hermenéutica, que es considerada como el arte de la interpretación y por último la teoría narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se los cuenta (Anderson, 1997).

Asimismo, Anderson (2005), encontró que el posmodernismo ayudó a comprender y expresar lo que aprendió de sus clientes:

- a) La realidad, lo que llamamos la verdad es una construcción social y por tanto es de naturaleza relacional. La realidad se observa como algo dinámico, en constante creación, fluida y siempre cambiante.

- b) El conocimiento, lo que conocemos o creemos conocer, también es visto como una construcción social. El conocimiento y el que conoce son independientes
- c) El lenguaje, la comunicación tanto hablada como no verbal, es visto como formativo, creador, generador, es el vehículo principal a través del cual construimos y le damos sentido a nuestro mundo. El lenguaje no refleja simplemente la realidad, sino que crea la realidad social y el conocimiento.
- d) Los significados, o el sentido que les damos a las cosas, no se localizan en las palabras mismas, sino que se va desarrollando a través de la conversación y la interacción, dentro de un contexto social y cultural más amplio.
- e) La heterogeneidad, la multiplicidad y la divergencia de muchas voces son vistas como la semilla de lo novedoso.

Para Anderson (1997) el enfoque colaborativo posmoderno, se basa en las siguientes premisas filosóficas:

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

El lenguaje y la conversación son los conceptos centrales del enfoque de sistemas lingüísticos creados en colaboración. Estos conceptos tienen su raíz en la hermenéutica y el construccionismo social contemporáneos o lo que puede llamarse la perspectiva interpretativa moderna. Ambos destacan el significado como fenómeno intersubjetivo, que los individuos crean y experimentan en la conversación y el la acción con otros y con ellos

mismos. Esta concepción supone que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que es creada mediante la construcción social y el dialogo, y que vivimos y entendemos en nuestra vida a través de realidades narrativas socialmente construidas (Anderson, 2001).

### **Supuestos básicos**

Anderson y Gooloshian (1996), consideran que los supuestos bajo los cuales se rige su trabajo son en primera instancia el considerar que las personas son sistemas y éstos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y “objetivos”. De esta manera, el sistema terapéutico es uno de los sistemas lingüísticos.

En segundo lugar se considera que el significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado o a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. Así un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene relevancia específica para su intercambio dialogal.

Un tercer supuesto menciona que en terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema” y este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico a su organización para la disolución de lo que ha sido definido como “problema”. En este sentido, el sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado alrededor del problema.

Un cuarto supuesto refiere la terapia colaborativa como un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del dialogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del sistema de di-solución del problema y de organización del problema.

El quinto y sexto supuesto refiere que el papel del terapeuta en la conversación consiste en ser un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica. Para ello su principal instrumento es la pregunta terapéutica la cual formula desde una posición de “ignorancia” o “no saber”, que privilegian una curiosidad genuina sobre lo que surge en el dialogo y se embarca en la exploración de la experiencia del consultante.

El séptimo supuesto menciona que los problemas con que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.

Por último, el cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente. Vivimos en y a través de identidades narrativas que desarrollamos en la conversación. El proceso de la terapia es una conversación terapéutica, un dialogo, un “hablar con”. La conversación implica un proceso de “estar en esto juntos”, en el cual el terapeuta y el cliente se comprometen, por medio del dialogo, en la co-exploración de los sistemas inmediatos (el problema) y en el co-desarrollo de alguna “novedad”, es decir de significados, realidades o narrativas modificados o nuevos. En la conversación terapéutica la novedad se desarrolla continuamente, apuntando a la “disolución” del problema y cultivar una nueva percepción del cliente de su capacidad personal y libertad. El cambio, tanto en el terreno cognitivo como en el de comportamiento, es consecuencia natural del dialogo (Anderson, 2001).

### **La práctica colaborativa**

La práctica colaborativa no consiste en un conjunto de técnicas, sino básicamente en un modo de hacer en la conversación, Anderson (2005), en su experiencia aprendió que lo que hace una conversación terapéutica exitosa tiene que ver con el valor que los clientes tienen de la forma de ser del terapeuta en su relación con ellos, lo cual llama “postura filosófica”. Esta postura es lo que constituye el trabajo colaborativo del terapeuta. La postura filosófica implica que el terapeuta valore: la voz de cada consultante, incluyendo lo que cada uno tiene que ofrecer y las áreas en las que son “expertos”; la riqueza de las

distintas voces tratando de llegar a un consenso; la importancia de no privilegiar la voz del profesional; la apertura para hablar de lo que el cliente considere importante; la importancia de confiar en lo que el cliente nos llevará a donde haya que llegar y valorar la incertidumbre, es decir, el no conocer a priori la situación ni su desenlace.

Bajo esta postura las conversaciones permiten el acceso a posibilidades desconocidas y estas se expanden, la terapia se convierte en un proceso de investigación colaborativa, en donde el consultante y el terapeuta llegan a este encuentro con distintas perspectivas, siendo expertos en distintas áreas. En el proceso se convierten *compañeros de conversación*. Juntos combinan su experiencia y crean conocimiento al explorar lo familiar y construir lo nuevo.

Este proceso terapéutico conversacional se logra por medio de la pericia del terapeuta para crear un espacio para el relato del cliente, manteniendo una posición de “ignorancia” y formulando preguntas conversacionales. Estas preparan las condiciones para la colaboración; crean el espacio para el dialogo y facilitan el proceso conversacional. Al respecto algunos aspectos que se pueden destacar son:

- Las preguntas conversacionales ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia. Abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; Ayudan al cliente a aprender sobre lo dicho versus lo todavía no dicho y la protegen de malos entendidos. A su vez cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones; cada pregunta lleva a otra pregunta –un proceso de continuo preguntar que proporciona las bases de lanzamiento del proceso dialógico.
- El terapeuta debe ser un experto en no basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias y conocimientos y verdades previas. Para ello atiende al desarrollo natural de la historia de su cliente dialogando, aprendiendo y tratando de entender las preocupaciones, los puntos de vista y las expectativas del cliente.
- Se privilegia la indagación compartida, el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones etc. Por lo mismo, al invitar al consultante a colaborar, la responsabilidad se comparte.

- Promueven la agencia personal o el sentido de competencia en los consultantes para tomar acción y desarrollar diversas opciones, la participar en la narración de sus vidas, pues a través del dialogo y el uso del lenguaje emergen nuevos significados, diferentes formas de ser y múltiples posibilidades sobre lo que se vive como problema.

En esta forma de trabajar está implícita la idea de que cada cliente, cada problema, cada sesión de terapias son únicos. El enfoque no se basa en conocimientos preconcebidos, lo cual no significa que “todo vale” o que este proceso terapéutico conversacional se desarrolle simplemente por el expediente de mantener una atmosfera no directiva y una conversación empática. El proceso se convierte en una fuente de inspiración de una amplia gama de reflexiones y acciones características de las personas involucradas y los temas tratados. Tampoco significa que los terapeutas no saben nada y que ingresan en el consultorio como una tabla rasa, quiere decir que las experiencias y conocimientos previos del terapeuta no asumen liderazgo en la terapia. En este proceso, son movilizados tanto los saberes del terapeuta como los del cliente para disolver el problema.

### **Consideraciones finales**

La práctica colaborativa proporciona una forma de terapia eficaz y altamente respetuosa que valida los conocimientos locales así como la complejidad del conocimiento y la experiencia del otro y del otro en relación con. La postura filosófica incluye la preocupación por el modo en que se utiliza el lenguaje, pues a través de este se construye el mundo, las identidades y valores que las personas conceden a sus vidas (Beltrán, 2004).

El modelo colaborativo no es exclusivo de la terapia, sus aportaciones permiten su aplicabilidad a distintos contextos como la supervisión, la enseñanza, la asesoría a instituciones y el desarrollo de actividades diversas que permitan la plurivocidad del conocimiento y el desarrollo de la agencia personal en sus participantes.

Anderson (2001) refiere que hay quienes piensan que los terapeutas que trabajan colaborativamente declinan ingenuamente su responsabilidad. Sin embargo, esto no es así, cuando un terapeuta asume la filosofía reflexiva, el dualismo y la jerarquía entre terapeuta y cliente no existen y la responsabilidad se comparte.

A través de este capítulo se han abordado los fundamentos teóricos y epistemológicos que permitieron el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica. En la actualidad son diversos los modelos de terapia familiar sistémica que son eficaces y vigentes a las demandas de las familias o personas que acuden a terapia. Las bases teóricas y los modelos terapéuticos nos permiten un sustento teórico, a través del cual podemos comprender las problemáticas por las que acuden las personas o familias a consulta. Asimismo, nos dotan de herramientas para abordar y promover soluciones desde una postura específica como terapeutas. De manera general, el dominio de los fundamentos epistemológicos nos permite aplicar el conocimiento en el ejercicio profesional desde una postura ética, específicamente como terapeutas hace posible la intervención desde el conocimiento.





## Capítulo III



# *Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales*

*El aprendizaje es experiencia,  
Todo lo demás es información".*

*Albert Einstein*

*"Toda investigación que se considera finalizada,  
está ya muerta y sepultada"*

*Mara Selvini Palazzoli*

*"Objetividad es el delirio de un sujeto  
que piensa que observar se puede hacer sin él"*

*Heinz von Foerster*

La Residencia en Terapia Familiar como parte del programa de maestría y doctorado de la UNAM, ha sido creada a partir de la idea de capacitar y formar profesionales con altos estándares de calidad en el área de la salud, a través de un sistema de enseñanza por competencias. Dicho sistema de enseñanza implica que el alumno adquiere el conocimiento teórico- epistemológico, a la par de que es capaz de implementarlo con un valor ético en la práctica investigativa y en la clínica supervisada con familias que solicitan el servicio de Terapia Familiar.

El programa de Maestría tiene como fin que el alumno adquiera y desarrolle habilidades y competencias:

- Teórico-Conceptuales que permitan conceptualizar, analizar y cuestionar la viabilidad de los diferentes modelos de la terapia familiar, proponiendo hipótesis explicativas y aplicaciones clínicas que incluyan los contextos.
- Clínicas, de detección, evaluación y tratamiento, de manera que como terapeuta pueda definir los motivos y la demanda de consulta, establecer el enganche y alianza terapéuticos, observar procesos, evaluar el tipo de problema y opciones de solución, estableciendo los objetivos de la terapia de manera colaborativa con los consultantes, un plan terapéutico, sistematizándolo en reportes del tratamiento.
- Investigación y Enseñanza que posibiliten el diseño y la aplicación de proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de las familias, parejas o individuos consultantes. Difundir conocimientos y establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario.
- Prevención a través de la creación y aplicación de programas y proyectos de salud comunitaria en los que se identifiquen procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
- Ética y Compromiso Social en el trabajo aplicado como profesional. Siendo característicos valores como el respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.

### **1. Habilidades clínicas y terapéuticas**

El trabajo supervisado con familias en distintas sedes de la Residencia fue el espacio en donde fue posible la articulación del conocimiento teórico y su aplicación por medio de la

práctica no sólo como terapeuta, sino también como integrante del equipo terapéutico con las familias consultantes, haciendo posible el desarrollo de habilidades y competencias clínicas.

Al respecto en el presente apartado se presentan dos casos de familias atendidas como parte de la formación como Terapeuta Familiar. Dichos procesos son abordados desde un enfoque sistémico y construccionista característicos del perfil de egreso de la Maestría. Asimismo, se retoma el valor ético de la confidencialidad, por lo que se hicieron modificaciones a los nombre reales de los consultantes.

### 1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico con familias

#### 1.1.1. Caso 1. Familia Sánchez Román

##### Datos generales

---

Familia Sánchez Román		
<b>Institución:</b> Centro de Servicios Psicológicos	“Dr. Guillermo Dávila”	
<b>Consultante:</b> Lucía	Edad: 22 años	Ocupación: estudiante
<b>Terapeuta:</b> Beatriz Bollás Hernández		
<b>Supervisora:</b> Mtra. Carolina M. Díaz Walls	Supervisión:	Modelo de Milán
<b>Robledo</b>		Modalidad: quincenal
		Núm. de sesiones: 13

---

##### Datos del expediente:

La consultante refiere vivir con ambos padres, el padre de 48 años, es fotógrafo y presenta enfisema pulmonar. Mientras que la madre, se dedica al hogar y presenta problemas de desviación en la columna. La paciente refiere una relación estrecha con la familia materna, durante su infancia. A la edad de 6 años, la llevan por primera vez al psicólogo porque no quería comer. En la adolescencia acude nuevamente a solicitar el servicio. Manifiesta depresión a los 16 años y cuatro intentos de suicidio.

Refiere haber tomado de 3 a 4 tratamientos terapéuticos, los cuales abandona porque no logra identificarse con la terapeuta.

Áreas afectadas por el problema: refiere angustia, ansiedad, llanto constante, preocupación por su relación con la madre ante su relación homosexual, celotipia con su pareja.

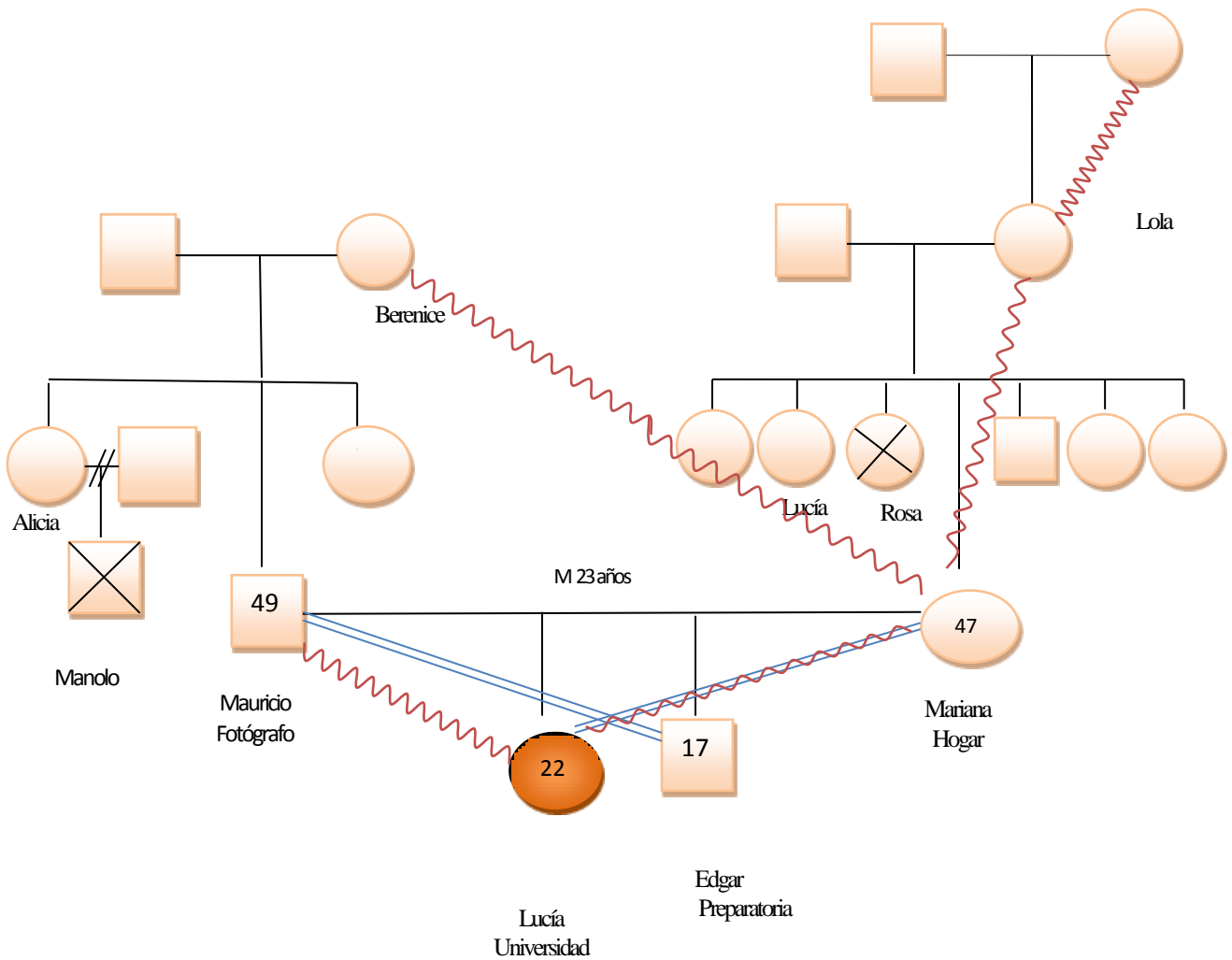
---

Equipo terapéutico

Aguilar Delgadillo Cintia  
Aguilar Segura Alma Griselda  
Bautista Rodríguez Paula  
Durán Rivera Araceli  
Flores Sánchez Cuauhtémoc  
Ibarra López Adriana Elizabeth

Kumul Coronado Ligia Noemí  
Larrieta Carrasco Verónica  
Ledesma Hernández Claudia Verónica  
Muñoz Arreola Leticia  
Vargas Arrazola Verónica

Familiograma



### **Motivo de consulta**

Lucía acude al Centro de Servicios Psicológicos porque tiene conflictos en su relación de noviazgo, originados por su problema para controlar sus impulsos, dice ser posesiva y celosa en exceso. Además, se encuentra, angustiada, ansiosa y preocupada por la relación afectiva con su madre ante su noviazgo (homosexual), ya que es un tema que no se ha hablado.

### **Modalidad de trabajo**

Las sesiones se realizaron con terapeuta titular, supervisora y equipo terapéutico. El intervalo entre cada sesión fue de quince días, existiendo lapsos mayores en el periodo vacacional. El formato de las sesiones se realizó en cinco partes: pre-sesión, sesión, inter-sesión, cierre de la sesión y discusión con el equipo (post-sesión), las cuales se llevaron a cabo en Cámara de Gesell.

### **Antecedentes del caso**

Lucía manifiesta ser una persona independiente y una estudiante de dieces, lo que en el pasado le causó problemas con sus compañeros. Es cercana a la familia de su madre, donde es considerada como la nieta “perfecta”. Asimismo, comenta que la familia materna es machista, por lo que en su infancia vivió muchas diferencias en relación a su hermano. Además, de ser muy celosa, Lucía llora con frecuencia, especificando que desde pequeña fue depresiva. A los seis años la llevaron al psicólogo porque no quería comer, posteriormente pidió a sus padres ir a terapia (sin explicarles el motivo), pero recordando que en ese entonces el factor principal era que sus padres tenían muchos problemas, la familia paterna rechazaba a su madre y eso generaba conflictos.

En la adolescencia tuvo ideación suicida y algunos intentos de suicidio al sentirse rechazada por sus padres, la familia de su madre y su novio de aquel tiempo. Comentó que sus padres nunca se dieron cuenta de dichos intentos suicidas, sólo en una ocasión que lo confundieron con un padecimiento congénito en el riñón de Lucía.

Tuvo una amistad muy significativa con Nadia, de quien se enamora hasta el punto de hacer planes a futuro sobre ser pareja y adoptar hijos. Sin embargo, Nadia se aleja porque entabla una relación de noviazgo con un joven con quien inicia su vida sexual, por lo que Lucía busca una relación con otro chico, estableciendo relaciones heterosexuales, hasta que

en una ocasión al acudir a un *antro gay* conoce a Julia con quien inicia una relación de noviazgo que luego de seis meses se ve alterada por conflictos, al enterarse de que Julia se vio en una ocasión con su exnovia, lo que lleva a Lucía a manifestar varias muestras de celos e impulsividad generando constantes problemas en la relación, que afectan a Lucía y le hacen acudir a terapia por sugerencia de una amiga.

### **Objetivo terapéutico del modelo.**

De acuerdo a la teoría del modelo de Milán el objetivo terapéutico consiste en ayudar a identificar las necesidades de la familia o la paciente, convirtiéndola en protagonista de los acontecimientos que han caracterizado su historia personal, introduciendo información nueva al sistema que promueva el cambio, o que contenga un efecto neguentrópico en las premisas que sostienen el problema (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

### **Hipótesis**

Las hipótesis que se presentan a continuación se formularon a partir de la información obtenida en las sesiones y de las aportaciones del modelo de Milán, constituyendo una directriz para la intervención terapéutica.

- La relación conflictiva de Lucía con Julia (celos, búsqueda de aceptación, infidelidad, desilusión, estancamiento), parece ser una forma de resarcir las propias carencias de Lucía con su respectiva familia de origen, y de este modo buscar en Julia el reconocimiento y el cariño que no se le dio en la infancia.
- La imagen de “perfección” de Lucía es una forma de ser reconocida y merecedora del cariño de sus padres, que al mismo tiempo la lleva a formar parte de un embrollo en el sistema conyugal de sus padres, lo que evita que la ellos resuelvan sus propios conflictos,
- La paciente tiende a mostrar lo mejor para ser altamente valorada, por lo que parece hacer uso de la seducción como un artefacto para su vida y trabajo, de tal manera que evita el sentimiento de desvalorización.
- Parece que los celos surgen porque la Lucía busca tener a alguien que controle para mantener la imagen de “perfecta”, por lo que su confirmación es a través de los otros.

- Lucía se ha revelado al mito familiar del machismo, pues se asume como una mujer distinta a la idea que se tiene en la familia.
- Lucía minimiza su carencia afectiva explicando la escasa atención de sus padres porque estos tenían que atender a su hermano que nace enfermo, lo cual reprocha y al mismo tiempo redefine como un factor que le hizo más independiente y autosuficiente.
- Transmisión intergeneracional de la carencia afectiva, por lo que la madre no es un objeto adecuado de identificación, ya que al buscar compensar sus carencias afectivas, busca su dote de tipo emotivo en la pareja, depositando expectativas que la llevarán a la desilusión por no ser satisfechas, lo que la lleva a constantes quejas y a ser observada por Lucía como incapaz de resolver su situación conyugal y valerse por sí misma.
- Las disputas constantes entre los padres de Lucía han provocado que ella se coloque en medio, cayendo en un embrollo familiar con instigación al padre, a través del cual obtiene un lugar relevante en la familia, al tiempo que se sobrecarga de responsabilidades, mientras su hermano se refugia en las drogas.
- La relación entre Laura y su hermano Edgar se ha visto afectada por la conflictiva conyugal de sus padres, ya que cada uno parece haber tomado partido por uno de los padres.
- Si la familia continúa en embrollo la pareja conyugal, a pesar de estar separados físicamente seguirán en el estancamiento en el que habrá una confrontación eterna, la cual impactará en la relación de los hijos con sus respectivos padres, es decir Laura seguirá siendo lejana a su padre y Edgar será lejano a su madre.
- Si Lucía no reconoce su parte de carencia, seguirá eligiendo parejas anheladas por sus cualidades afectivas con la idealización de disponibilidad afectiva ilimitada, generando así desilusión y frustración al no ser satisfechas dichas carencias.
- Existe un sentimiento de desvalorización en la Lucía que la lleva a demostrar e intentar tener el control de forma sobrehumana en cuanto a resolver los problemas de la familia y la escuela sin aceptar ayuda de los demás.



### **Evolución del proceso terapéutico**

El proceso terapéutico inició con el llamado telefónico a la paciente para proceder al análisis con el equipo terapéutico de la información recabada en la ficha telefónica y en el expediente. Los datos estudiados fueron:

- La paciente refirió vivir con ambos padres: el padre, es fotógrafo y presenta enfisema pulmonar y a madre, se dedica al hogar y presenta problemas de desviación en la columna.
- Tuvo una relación estrecha con la familia materna durante su infancia.
- A la edad de 5 años la llevaron por primera vez al psicólogo porque no quería comer. En la adolescencia acudió nuevamente. Manifestó depresión a los 16 años y cuatro intentos de suicidio.
- Acudió a 3 o 4 tratamientos terapéuticos, los cuales abandonó porque no logra identificarse con la terapeuta.
- Dos meses antes de solicitar la terapia, su novia tuvo un acercamiento con la pareja anterior, por lo que la paciente comenzó a indagar, originando problemas en su relación.
- Refiere angustia, ansiedad, llanto constante, preocupación por su relación con la madre ante su relación afectiva homosexual y celotipia con su pareja.

Durante la primera sesión se realizó el encuadre terapéutico, se exploró el motivo de consulta, las razones por las que las terapias anteriores no funcionaron y la relación con su novia. Lucía llegó a la terapia buscando trabajar su problema de celos hacia Julia con quien tenía una relación “formal” de noviazgo, ya que esto estaba interfiriendo en su relación, sin embargo no estaba muy convencida de acudir pues anteriormente había acudido a otras terapias las cuales abandono por no sentirse identificada con la terapeuta y al considerar que ella era capaz de resolver sus dificultades sola. Durante la sesión se exploró la estructura familiar y las relaciones entre los miembros de la familia, es así que Lucía relató que tuvo algunos intentos suicidas durante su adolescencia al sentirse rechazada, por sus padres, su familia y su novio de ese momento. Comentó que sus padres nunca se dieron cuenta de dichos intentos suicidas. Lucía refiere que es la primera nieta y es vista como “perfecta” dentro de su familia. Es así que al equipo terapéutico le dio la impresión de que la actitud

de Lucía durante la sesión buscaba dar una buena impresión, tal como ocurría con su familia.

Cabe señalar que aunque Lucía refiere tener un motivo principal por el cual acude (Celos), describe una infinidad de situaciones durante la sesión que parecen preocuparle, por lo que el equipo sugirió a la terapeuta que explorara las expectativas que Lucía tenía al acudir a terapia, es así que Lucía comentó que espera aprender a manejar sus emociones con la intención de evitar conflictos con su pareja Julia. Asimismo se le pidió que pensara en cómo quería organizar la sesión y escribir que le faltó en las terapias anteriores que no la habían convencido.

En la segunda sesión se abordaron temas respecto a la orientación sexual de Lucía, ya que relató una serie de conflictos que tuvo con la exnovia de Julia (Brenda) quien llamó a su casa y dicha acción preocupó a Lucía, ya que no se siente “lista emocionalmente” para afrontar ésta situación con su familia. Comentó que su madre está enterada de su orientación sexual porque leyó su diario aunque nunca se ha tocado formalmente el tema. Lucía expresó que se identifica más con su padre pues ella es más parecida a él en cuanto actividades, considera que su padre intenta acercarse más a ella y su hermano, a diferencia de su madre quien es poco afectiva con ellos. Sin embargo para Lucía es más importante la opinión y aceptación de su madre respecto a su relación con Julia. Asimismo, durante la sesión se notó una especie de rivalidad de Lucía con su hermano, ya que éste nació enfermó y por lo tanto la atención se centró en él. De este modo ella se define como una chica muy independiente. Por último se habló de las complicaciones en su relación de pareja pues a ambas les cuesta expresar sus emociones, sin embargo Lucía trata de afrontar esto siendo detallista, así como soportar las burlas de la gente, pero Julia no lo hace del mismo modo. Lucía consideró que lo más útil en ese momento era estar bien emocionalmente para poder hablar con sus padres de su relación con Julia, y así poder estar bien con su familia y pareja.

En la tercera y cuarta sesión se abordaron los temas referentes a su orientación sexual y la relación con su madre, la cual era percibida por ella como evasiva pues no se interesaba en Lucía, ya que nunca estuvo tan atenta a ella, incluso tenía que comer en casa de los abuelos porque ella no hacía comida debido a que trabaja, asimismo expresó que ha reprochado a su madre el haber sido tan exigente con ella durante su infancia y con su hermano no. Sin

embargo al reevaluar esta actitud de su madre hacia ella, Lucía comenta que le agradece pues esto le permitió ser más independiente y exigirse a sí misma. Lucía abrió con su familia el tema sobre la relación lésbica que mantiene con Julia, primero con una tía hace meses y recientemente con su madre debido a que estuvo llorando por los problemas que ha tenido con Julia, y por último con su padre, contrario a lo que se esperaba, su familia respondió favorablemente, pues la apoyaron. En el caso de su padre únicamente le pidió tiempo para asimilarlo. Lucía también comentó que la relación con su abuelo materno cambio a partir de la adolescencia, pues no compartía ideas con él ya que era muy machista y tenía preferencia por su hermano, por el hecho de ser “varón”. En esta sesión fue la primera vez que habló de una ruptura de la relación con Julia

Durante la quinta sesión se habló del proceso de los padres para asimilar la homosexualidad de Lucía, ya que comenta que ambos han tratado de explicarse su orientación sexual, y entre las explicaciones que se dio el padre una fue culpar a la madre por tener amigas lesbianas cerca de Lucía lo cual provocó que lo viera como “normal” o vio algo en su padre que no le gustó y por eso rechaza a todos los hombres. Refirió que el haber abierto con su familia la relación con Julia ha hecho que para ella sea más formal su relación, pero con Julia no ocurrió lo mismo pues la familia de está rechaza su homosexualidad, lo cual provoca en Lucía una sensación de limitación y dolor por estar en el anonimato. Relató haber terminado con Julia pero finalmente decidieron continuar su relación. En este sentido se cuestionó a Lucía respecto las formas en que transmite su inconformidad a Julia preguntando si el enojo que expresa Lucía a Julia era suficiente para transmitir los significados que desea o necesitara otras vías de comunicación.

El proceso terapéutico se interrumpió temporalmente debido al calendario institucional, por lo que se dejó de ver a Lucía aproximadamente 2 meses.

Al retomar el proceso terapéutico de Lucía, la sesión se centra en las vicisitudes de ésta en su relación con Julia y menciona por tercera vez que terminaron la relación, pero vuelve con ella porque la vio muy mal, a pesar de sentir que la manipuló. Se cuestionó una vez más la forma de transmitir los mensajes de Lucía pues a pesar de no estar de acuerdo en muchas de las decisiones de Julia, Lucía parece que espera que adivine lo que piensa y siente. Lucía refirió haberse enterado de algunas infidelidades de su pareja, situación con la que no está de acuerdo, pues para ella es importante la fidelidad, pero aun así continúa con

la relación. De este modo la terapeuta concluye la sesión pidiéndole que piense qué tanto Julia cumple con las expectativas de Lucía de lo que es una pareja.

A partir de este momento las sesiones se fueron turnando, es decir una sesión hablaba de Julia y otra de su familia de origen, así fue hasta la sesión 11.

Los temas que destacaron fue la salida del padre de la casa, los isomorfismos en su relación con Julia y la fortaleza de Lucía frente a la dificultad familiar. En la sesión 7 Lucía Relató una pelea entre sus padres en la que ella intervino y pide a su padre se vaya de la casa. Es así que la sesión se centró más en el tipo de relación que había entre sus padres y Lucía comenta que siempre se han peleado. Refirió que no le gustaría tener una relación de pareja como la de sus padres, es decir envuelta en peleas, celos y rencores, ya que su padre era muy celoso y su madre muy posesiva, así como la infidelidad de su padre. Comenta que su padre era buen esposo y padre, pero las cosas cambiaron cuando dejó de trabajar. Lucía refirió sentirse muy sobrecargada, sin embargo no pide ayuda, pues aunque a veces quisiera no tomar estas responsabilidades considera que su madre no puede sola. Es así que se connotó positivamente la fortaleza de Lucía ante las dificultades. La relación de Lucía con su padre sufrió una fractura y comentó que le gustaría ser como su hermano que no es rencoroso, pues él sigue manteniendo contacto con su padre.

La sesión 8 abordó el tema de la relación con Julia, por lo que la terapeuta buscó introducir información que ayudara a Lucía evidenciar el juego familiar tratando de buscar isomorfismo referentes a la relación de sus padres con la de ella y Julia, tal como lo es la actitud posesiva y controladora de su madre con su pareja y la actitud controladora de ella con Julia, comenta que aunque no le gusta aceptarlo es muy parecida en carácter a su madre.

En la sesión 9 se habló de un cuarto intento de ruptura con Julia, sin embargo Lucía no la deja porque la quiere y hay cariño de por medio, así como una necesidad de apoyo de ambas. La terapeuta cuestionó qué es lo que habrá pasado en la relación con sus padres que pasó tanto tiempo y ambos no la habían terminado, dejando a la paciente a reflexionar esta interrogante. Asimismo, Lucía refirió que tanto su padre como Julia son egoístas, por lo que se le cuestionó que ante estas similitudes ella dónde se colocaba.

A partir de la sesión 10 la terapeuta explora cómo fue que enganche la pareja de padres, explorando la familia de origen de ambos y ver cómo esto impactaba actualmente en Lucía. Lucía refirió que los mensajes de la sesión anterior le hicieron reflexionar respecto al parecido de su relación con la de sus padres y que antes de esto, no se había percatado de dicha similitud. Comentó que el matrimonio de sus padres era “perfecto” al inicio pero después empezaron a tener problemas principalmente por intromisión de la familia paterna en la relación, a la cual describe como machista y de “moral falsa”. Lucía refiere que su padre siempre prefirió a su familia de origen más que a la nuclear, que la relación de su papá con su abuela era muy cercana y con su abuelo era muy una relación más respetuosa que cariñosa. Al morir su abuelo los problemas con la familia paterna disminuyeron porque su padre dejó de visitarlos, sin embargo ahora los problemas se debieron a la infidelidad del padre y la pérdida de trabajo del mismo, pero para Lucía la relación entre sus padres cambió radicalmente a partir de que su padre trabaja en el negocio de fotografía y es más independiente.

Por otra parte, Lucía relata que la relación de su mamá con su abuela no es muy buena pues le tiene resentimiento por considerar que hacía diferencias en el trato entre las hijas siendo menos favorecedor para su madre, por el contrario la relación con su abuelo era muy buena, era la consentida hasta antes de casarse y recupera esta posición hasta el nacimiento de su hermano.

Lucía llegó a la onceava sesión comentando que terminó con Julia y que está vez es definitivo pues ha tenido contacto con la exnovia de Julia (Brenda) y se ha dado cuenta de cosas que tal vez estaba negada a ver, las múltiples infidelidades. Es así que durante la sesión Lucía expresó que decidió terminar la relación porque: 1) ya no confía en ella; 2) por su familia; 3) piensan de forma muy diferente; 4) no ve interesada a Julia en formalizar; y 5) por sus mentiras. Esta vez la ruptura fue de mayor formalidad además por la intervención de los padres, ya que Julia acudió a casa de Lucía con su madre. Mientras Lucía sintió más apoyo de su madre que de su padre, pues sintió que este se alió con la madre de Julia. Los mensajes del equipo se centraron en la triangulaciones en las relaciones: ella se encuentra triangulada en la relación de sus padres y parece que Brenda en su relación con Julia. Asimismo, se hizo notar la posición en que se coloca ante los demás siempre como la buena, la propia y la sensata, por lo que surge la duda de si esto no la pone más en una

situación de vulnerabilidad. Por último se hizo énfasis en que ella refiere alejarse de Julia pero parece que mientras más intenta hacerlo, más se enreda pareciendo que quiere mantener una relación con Julia.

En la siguiente sesión Lucía expresó su frustración por haber dado todo por mantener una relación con Julia y sin embargo queda un sentimiento en Lucía de falla. Situación similar que experimentó en relación a sus padres, pues a pesar de haber tratado de ser una buena hija, para ganar el afecto (sobre todo de la madre) nunca fue suficiente, por lo que siempre se esforzaba. Sus padres no han satisfecho las necesidades de Lucía, pues esta se sintió poco atendida por ello llegó al grado de no haber notado sus intentos suicidas y ser definida como “dramática”. Es así que Durante la sesión se realizó un equipo reflexivo en el que se habló de la minimización de Lucía ante la desatención y sufrimiento que vivió de niña con respecto a las actitudes de sus padres, pues a pesar de que en momentos ella expresó que hubiera esperado más apoyo y atención su dialogo es contradictorio pues al mismo tiempo expresa agradecimiento porque esto la hizo más independiente y omite detalles relacionados con las actitudes de su madre argumentando que no lo recuerda. Durante esta sesión tanto el equipo como la terapeuta sintieron a Lucía más natural y fuera de posé, pues su llanto fue diferente a otras sesiones dando la impresión de que los mensajes del equipo al ser expresados por alguien externo al sistema terapéutico impactaron de forma diferente, generando así nueva información para Lucía.

En la última sesión Lucía llegó vestida de una forma más jovial, se le notaba alegre y refirió estar firme en la decisión de terminar su relación con Julia. Respecto a su familia nuclear refirió haber reflexionado sobre que siempre ha sido la hija mediadora, aceptando de su madre diversas peticiones, entre ellas el intervenir en la relación conyugal de sus padres, manteniendo siempre la postura el apoyar a su madre. Reflexión que le llevó a hablar con su padre de manera de ya no intervenir en la relación. También comentó que trataba de mantener la imagen de “hija buena” dándole la razón a su madre y haber tenido la idea obtener su afecto por ser “el esbozo de hija perfecta” que en realidad no era por lo que constantemente se esforzaba, ante las críticas o cuando la madre le señalaba lo que no lograba.

Refirió haber sentirse ahora más tranquila y estar haciendo cosas de acuerdo a su edad, retomando amistades y dándose tiempo para ella misma y aceptarse tal como es, por lo

que su intención era no caer en errores que antes cometió en la relación de noviazgo con Julia (querer cambiar a la gente). Mencionó que Julia no se dio cuenta del daño que le hizo, pero que a diferencia de antes, ahora puede reconocerle cosas positivas sin por ello sentirse mal. Sabe que siempre fue de relaciones formales pero ahora quiere dejar que las cosas fluyan sin forzar nada.

### **Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica**

El trabajo terapéutico se realizó de acuerdo a la propuesta epistemológica del Modelo de Milán desarrollado por Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino, por lo que la terapia retomó las aportaciones efectuadas por el grupo de Milán en sus obras: *Los Juegos psicóticos de la familia*, *Muchachas anoréxicas y bulímicas* y *La familia del toxico dependiente*. Trabajos que tienen en común la relación del trastorno de la pareja parental en la problemática de los hijos, resultado de la transmisión intergeneracional de la carencia afectiva por cada cónyuge, en su respectiva familia de origen (Selvini, Cirillo, Sorrentino, 1990).

A continuación se explican las premisas teóricas que rigieron la supervisión e intervenciones en el proceso terapéutico:

El modelo de Milán implica una aproximación individual y tri-generacional desde un pensamiento multidimensional o complejo, que aprecia la individualidad en el aquí y ahora, en relación con la familia del individuo sintomático y en relación de éste con el terapeuta. Las relaciones del sujeto son vistas como fruto de sus relaciones pasadas, ahora cristalizadas. Se reconoce que no hay una sola tipología familiar sino una correlación de síntomas con una personalidad del paciente y un tipo de familia (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999).

El pensamiento complejo opta por la inteligibilidad a partir de lo individual y particular, relaciona el conocimiento de los miembros del sistema y la totalidad de este, considera las problemáticas de auto-organización, se encuentra en un vaivén entre endo y exocausalidad, realiza distinciones entre el sistema y su ambiente, reconoce la relación entre el observador y el objeto observado, así como la necesidad de una reflexión continúa de los presupuestos explícitos e implícitos vinculándolos a la teoría y confrontándolos (Selvini, et al., 1990).

El modelo de Milán reconoce redundancias en lo personal, familiar y social, que constituyen la casuística con pacientes anoréxicas y psicóticas (modelos diacrónicos) que describen el juego familiar que contribuyó a desarrollar el síntoma, a manera de un esquema general pero no genérico que permita al terapeuta formular hipótesis y guiar el proceso terapéutico. Asimismo, los modelos sincrónicos son utilizados para analizar como el juego de la familia se presenta en el aquí y ahora en términos del contexto terapéutico, permitiendo al terapeuta implementar las intervenciones que modifiquen el juego de la familia, haciéndoles reconocer las situaciones personales dolorosas y su responsabilidad.

Las investigaciones con anoréxicas y bulímicas aportaron que modalidades relacionales nocivas para los hijos se hacen comprensibles por la carencia afectiva en la vida de los padres con sus familias de origen. De esta manera, el padre trata a su cónyuge e hijas con base a sus propias necesidades no resueltas, tratando de poner en práctica con ellas esas estrategias que en el pasado lo habían protegido del sufrimiento destructivo en las relaciones con su familia de origen. Las carencias experimentadas en la infancia encuentran consuelo en la promesa de la esposa, sin embargo, por su propia carencia, la mujer se convierte en quejumbrosa, culpabilizadora e incapaz de darle lo que él aspira. Esta situación vuelve a la hija un medio posible de alivio a la larga espera del padre, mismo que la seduce para que cumpla el papel de madre o esposa, privándola inconscientemente del derecho infantil de hija de ser cuidada y cubierta en sus necesidades afectivas.

El objetivo terapéutico de estas pacientes es ayudarlas a identificar sus necesidades, convirtiéndolas en protagonistas de las vicisitudes que han caracterizado su historia personal, es decir, reconstruir la historia de la transmisión generacional de la carencia (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999).

Las investigaciones realizadas por Cirillo y colaboradores (1999) referentes a toxico dependencia manifiestan varias similitudes con en el modelo desarrollado por Selvini (1999) sobre anorexia. Ambos trastornos son formas defensivas respecto al sentimiento de autodesvalorización, que posibilita una vía de escape para la depresión. Las mismas vicisitudes de carencia afectiva no reconocida se manifiestan en las familias de origen de estos dos tipos de pacientes, pareciendo ser el sexo lo que determina la inclinación a la anorexia o a la adicción declarada en la etapa de la adolescencia. Una diferencia entre



ambas enfermedades se refiere al tipo de vínculo en la pareja de padres, ya que los toxicodependientes del recorrido uno buscan la dote afectiva en la pareja, mientras las anoréxicas el *partner perfecto* para cubrir sus necesidades afectivas. Las modalidades de cuidado en ambas familias (adictos y anoréxicas) presentan de tres formas: cuidado remedado: en función de las necesidades narcisistas del padre o madre, cuidado en el que las necesidades del hijo son desatendidas abiertamente y como consecuencia del cuidado deficiente de la madre, el padre entra en rivalidad con la esposa.

### **Aplicación del Modelo.**

El análisis de la aplicación teórica se divide en apartados que retoman los conceptos básicos del modelo considerando que el todo de ellos constituye el reconocimiento de la complejidad. El pensamiento complejo supuso la comprensión del caso de Lucía considerando las dimensiones: individual, que se fundó en la comprensión en el aquí y ahora; la historia de relaciones pasadas que han determinado su situación presente; la influencia del contexto social y el contexto terapéutico bajo la idea de un doble nivel de observación de observar y ser observado.

### ***Aproximación individual en el “aquí y ahora” y la evolución del síntoma.***

La *metáfora del juego* permitió describir las interacciones presentes en el caso de Lucía, contemplando la tripolaridad: síntoma, individuo y familia, sin olvidar las variables socioculturales, mismas que forman parte del pensamiento multidimensional. De esta manera, en primera instancia se retomaron los “Celos” como síntoma que presentaba Lucía en su relación de noviazgo con Julia, sin dejar de lado los problemas familiares mencionados en la primera sesión y su preocupación de hablar abiertamente de su orientación homosexual.

Considerando la conexión de los tres polos antes mencionados y la dimensión temporal (evolutiva) se describe:

Lucía empieza a manifestar celos en su noviazgo luego de que la exnovia de Julia llega en una ocasión a plantarle un beso estando Lucía presente. Posterior a esto la exnovia (Brenda) hace llamadas telefónicas a casa de Lucía, ocasionado conflicto y molestia en ella debido a que sus padres no estaban enterados de su orientación homosexual. Tras estos eventos Lucía empieza a tener dudas sobre la fidelidad de Julia, provocando peleas y rupturas

momentáneas en la relación de noviazgo. Lucía manifiesta que tanto ella como su novia no expresan con facilidad sus sentimientos por lo que ella trata de ser detallista con Julia, pero ésta no es igual justificando que tal vez es su forma de ser. Lucía quisiera obtener mayor reconocimiento y espera que las decisiones de Julia sean tomadas con base a los deseos de ella, los cuales no manifiesta abiertamente pues para ella son de sentido común que Julia los elija como una demostración de valor a la relación.

Al indagar en la historia personal de Lucía y hacer conexión con el síntoma y la familia, la paciente manifiesta que siempre ha sido celosa, aclarando que los celos surgen desde la infancia, cuando al nacer su hermano enfermo, la atención de los padres es depositada en él. Considera que aun en la actualidad y pese a que ella no da problemas en su casa y es más independiente, sus padres dan la preferencia a su hermano en cualquier discusión que se pueda presentar entre ellos. Refiere que a ella siempre se le ha exigido más, lo cual a la vez agradece pues la ha hecho ser más independiente.

***Historia de las relaciones pasadas que han determinado el presente: aproximación tri-generacional, el modelo diacrónico.***

Para el modelo de Milán el síntoma o problema se puede entender como producto de ciertas interacciones familiares que se caracterizan por la presencia de una carencia no reconocida en al menos tres generaciones familiares. Por lo que se consideró el modelo diacrónico (de la anorexia y toxico dependiente) como un esquema general y flexible que permitió entender las situaciones enunciadas por la paciente y a partir de ello formular hipótesis que guiarán el proceso terapéutico y consintieran la reconstrucción de la evolución del juego familiar del caso de Lucía; ya que de acuerdo al modelo milanés no existe una tipología genérica, sino que cada caso debe abordarse desde la individualidad de la persona y su familia.

Los modelos diacrónicos implican seis estadios para que se presente el síntoma psicótico o anoréxico. Sin embargo, en el proceso terapéutico se consideraron los conceptos relativos sobre todo a los primeros tres estadios (estancamiento, transmisión intergeneracional de la carencia, embrollo, instigación, minimización de la carencia) por ser acordes a la información obtenida en las sesiones.

La información proporcionada en las sesiones permitió a la terapeuta y equipo observar que el problema de celos e “inestabilidad emocional” de Lucía se encontraban relacionados con

una *carencia afectiva no cubierta* por sus padres desde la infancia, debida a dos razones: 1) el nacimiento de su hermano, en quien recae toda la atención de la familia nuclear por estar enfermo y además de la familia extensa por ser un varón y, 2) Por la propia carencia afectiva de los padres (Mauricio y Mariana). Así por ejemplo Mauricio mantuvo una relación muy cercana con su madre en detrimento a una relación de respeto pero distante con el padre. Mientras que Mariana fue la preferida del padre hasta que se hace pareja de Mauricio y tiene a Lucía fuera del matrimonio, en tanto con su madre la relación fue poco atendida debido a que había preferencia por las demás hermanas.

Al respecto Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) consideran que un cumulo de necesidades afectivas insatisfechas y modalidades aprendidas para la gratificación de otras necesidades condicionan la elección de pareja y las modalidades de interacción que dan origen al llamado *impasse* o estancamiento y su posterior estilo de asistencia de los hijos.

*El estancamiento* se refiere a la relación en la que los aspectos de la frustración experimentada por cada uno de los miembros de la pareja nunca son negociados de manera suficientemente explícita por temor a la ruptura. De esta manera los padres de Lucía parecían atravesar por un *impasse* en su relación, originado por la desilusión de ambos cónyuges ante las expectativas no cumplidas en la que contribuyó la preferencia de Mauricio por su familia de origen, los problemas que tenía Mariana con la familia de su esposo y los conflictos generados a partir de ello. Así el padre de Lucía reconoce una infidelidad como producto de la insatisfacción matrimonial. Sin embargo la relación prevalece a través de los años, llegando al punto que Lucía entra en el juego de la pareja de los padres, concediéndole preferencia a su madre, por verla como incapaz de defenderse y enfatizando su enfermedad de la columna como una debilidad de la madre, constituyendo el paso al embrollo y la instigación.

De acuerdo al modelo de Milán, el *embrollo* es un proceso relacional en el que uno de los padres, hace ostentación de una relación diádica privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es. En la casuística de las investigaciones, se halló en el hijo sintomático una relación privilegiada con uno de los padres, que en realidad era tratado por éste con indiferencia, por lo que era considerado por el hijo como una traición precedida al síntoma. La *instigación* por su parte, implica al menos un nivel tríadico en el que alguien persuade a

otro de ejecutar una acción sobre otra persona a fin de afectarla (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

Tal situación se asimila a la relación de Lucía con su madre a la cual describe como distante y evasiva, pero con quien parece tener un privilegio en el nivel tríadico Lucía-madre-padre, cuando la hija se alía a su madre y hace lo necesario para enfrentar al padre y obtener por ese medio el reconocimiento de la madre, el cual difícilmente consigue, por lo que Lucía se esfuerza constantemente por ser la hija perfecta. Con esta modalidad de interacción familiar Lucía llega al punto poner fin a la impertinencia del padre corriéndolo de la casa, luego de entrometerse en un conflicto entre cónyuges y asumiendo luego de la partida del Mauricio, el papel activo de proveedora de la familia, al quedar al frente del negocio familiar pero a su vez enfrentándose a situaciones que la agobian por la sobre carga de responsabilidades (la escuela y el negocio familiar). Observa a su madre como indefensa en principio y a su padre como un abusivo. El debate entre estas situaciones vulnera a Lucía, lo cual se enfatizó dentro del proceso terapéutico a través de la revelación del juego familiar.

La modalidad de interacción familiar aprendida por Lucía manifiesta a su vez una *minimización de la carencia afectiva*, que realiza a través de la imagen de perfección e independencia que proyecta y por medio de la cual se esfuerza por hallar el reconocimiento de sus padres, de su novia y de la familia extensa. La minimización de la carencia se considera un mecanismo interactivo dominante, que impregna la comunicación familiar (modalidad particular de desconocimiento de la realidad) que no consiste en negar o esconder el desarrollo de los acontecimientos “reales”, sino en amortiguar la relevancia emocional que los acompaña, sobre todo cuando se trata de dolor ligado a eventos de alcance traumático (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Así los *celos* de Lucía pueden entenderse como fruto de una inseguridad derivada de la necesidad de reconocimiento y afecto que proviene desde la infancia, ante las necesidades afectivas no cubiertas por su madre y padre y las cuales buscaba cubrir en su relación con Julia. Esta carencia afectiva aparentemente presente desde las familias de origen de los padres, hacían comprensible la búsqueda de Lucía de ser confirmada al interior y exterior del sistema familiar, a través de la premisa “ser la hija/ nieta perfecta”. De esta manera,

Lucía había buscado ser “perfecta” mostrándose, independiente, buena y atenta ante los demás, ya que minimizaba las necesidades afectivas no cubiertas por sus padres, específicamente en lo relacionado con la falta de atención durante su infancia, pues comentaba que su madre siempre había sido lejana a ella, poco afectiva y muy exigente. Refirió ser poco vista por sus padres, incluso haber tenido intentos suicidas, los que no fueron percibidos por los padres en su momento y cuando lo supieron lo atribuyeron a su personalidad “dramática”.

Y aunque la imagen de perfección en las relaciones que establecía tanto con su familia como con Julia, le generaban frustración o sobrecarga de responsabilidades, se resistía a cambiar argumentando “siempre he sido capaz de solucionar mis problemas sola” o “mi madre no es capaz enfrentar las cosas sola”.

### *Influencia del contexto sociocultural.*

Dentro del modelo de Milán el nivel sociocultural, así como los eventos aleatorios son un aspecto más a considerar como parte del reconocimiento de la complejidad. Retomando este aspecto algunas de las variables socioculturales que se consideraron en el proceso fueron la idea de la homosexualidad en la cultura, el machismo que refiere Lucía en la familia extensa relacionada a la idea de perfección familiar como un aspecto que incide en la preocupación de ella para hablar de su orientación homosexual.

### *El contexto terapéutico: el modelo sincrónico.*

La epistemología de Milán considera los modelos sincrónicos, los cuales permiten el análisis del terapeuta en el juego familiar y las posiciones de los miembros de la familia frente a la terapia, haciendo más inteligible lo que sucede en las sesiones y permitiendo interferir en el juego del *impasse* familiar y promoviendo el cambio. Al respecto algunos aspectos que se pueden mencionar son:

- ❖ El análisis el fracaso de terapias anteriores a las que Lucía había recurrido y que abandono por no sentirse identificada con las terapeutas. Riesgo que se consideró al inicio de la terapia al indagar sobre las razones por las que las terapias anteriores no funcionaron, el motivo por el cual acudía, las expectativas de la terapia y los cambios que esperaba ver. Cabe señalar que aunque la indagación sobre las terapeutas anteriores no fue exhaustiva, disminuyó el riesgo al considerar la

prioridad de Lucía en la terapia: tener una estabilidad emocional que le permitiera hablar con su familia de su homosexualidad y mejorar la relación con Julia.

- ❖ Isomorfismo en el trato del tema de la homosexualidad en la terapia. Desde el inicio de la terapia hubo dificultad como terapeuta para hablar de forma abierta de la homosexualidad, para ser específica, de utilizar el término como tal. Por lo que existía una inquietud sobre cómo tratar el tema de qué manera designarlo evitando incomodar a Lucía o etiquetarla. Situación que me llevó a analizar mi posición como terapeuta ante el tema de la homosexualidad, si existía un prejuicio social que promoviera dicha dificultad o qué aspectos influían. El análisis personal me permitió reconocer que aunque no existía un rechazo a la homosexualidad, yo estaba esperando que Lucía utilizara un término que me permitiera retomar su lenguaje, pero que también fuera un indicador de que ella estaba lista para nombrarlo.
- ❖ La dificultad como terapeuta para establecer un clima emotivo, ya que al observar a la paciente tan afectada y buscar su cuidado, se evitaban temas dolorosos. Situación que se abordó en la retroalimentación con el equipo y la supervisión aludiendo a la importancia de hacer sesiones que constituyeran una experiencia de elevada intensidad emotiva con el objetivo de introducir temas que generalmente se evitarían. De esta manera como terapeuta se logró escapar de la reproducción de interacciones típicas de la familia de Lucía y se realizaron intervenciones encaminadas a obtener información, comprobar hipótesis, realizar unas formulaciones y reconstruir el juego familiar (Selvini et al., 1990).
- ❖ Impasse en los mensajes emitidos por la terapeuta. Entre más se le decía más rechazaba Lucía los comentarios de devolución relacionados en coincidir con ella la sobrecarga de responsabilidades, anteponiendo el poder resolver los problemas por ser independiente y no débil. Situación que demostraba la forma de interacción descrita por sus padres como dramática pero que al tiempo se abordó de forma distinta señalando aspectos dolorosos y connotando positivamente los recursos de la paciente por la terapeuta y a través de los comentarios del equipo.

### **Neutralidad**

La neutralidad no pudo ser observada en el caso de Lucía, debido a que fue una terapia individual. La neutralidad puede ser entendida como un principio de empatía en términos

de equidistancia que establece el terapeuta con todos los miembros de la familia (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

### **Hipótesis**

Se formularon hipótesis iniciales con base en la información obtenida a partir del expediente y la ficha telefónica a fin de determinar el punto de partida de la terapia, cuya función fue servir de guía para obtener nueva información y validar o formular nuevas hipótesis, con el propósito de garantizar la actividad como terapeuta en cuanto a producir información con un valor neguentropico (Selvini, 1990). Las hipótesis son esquemas explicativos que permiten explicar el porqué de la conducta sintomática de la familia, lo cual no se refiere a las causas, sino a las razones. En este sentido, las hipótesis deben ser sistémicas, es decir, incluir a todos los miembros de la familia y la forma en que se relacionan entre sí (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990). De esta forma la conducción de las sesiones comprendió la indagación sobre el sistema de creencias interpersonales de la paciente y una segunda fase, que consistió en usar las explicaciones elaboradas por el terapeuta, la supervisora y equipo para introducir información al sistema, a través de preguntas y comentarios, permitiendo evaluar la plausibilidad de la hipótesis (Urgazio, 1985).

Al evaluar la formulación de las hipótesis se puede verificar que introdujeron una nueva perspectiva de las interrelaciones de Lucía con su familia y su novia, mostrando los isomorfismos en las relaciones presentes y pasadas, tomando en cuenta los problemas de los celos, la homosexualidad y las creencias familiares. Las hipótesis se formularon considerando los modelos diacrónicos que propone el modelo a manera de esquema general (redundancias encontradas en casuísticas con anoréxicas y toxico-dependientes) y se fundamentaron en la información de la paciente, refutándose o confirmándose en las retroalimentaciones de la misma (comentarios, prescripciones).

### **Circularidad**

Se puede reconocer que tanto el equipo como la terapeuta, a lo largo del proceso, mantuvieron una circularidad en cuanto a los temas que traía a sesión Lucía (celos, homosexualidad, suicidio, conflictos en la familia), se promovieron diferentes puntos de

vista que enriquecieron las explicaciones, favoreciendo conexiones entre el pasado y presente, lo individual y lo familiar aunado a lo sociocultural.

En la terapia se buscó información en términos de relaciones, de diferencia y cambio. La circularidad se implementó bajo la noción de relaciones en términos triádicos a fin de conocer los patrones de interacción de Lucía con su familia, su novia y otras personas significativas (Selvini et al., 1990).

La terapeuta y equipo condujeron las sesiones con base a la retroalimentación que Lucía brindó a partir de la información que recibía en la sesión. Los mensajes del equipo, las tareas y las intervenciones de la terapeuta introdujeron nueva información respecto a los isomorfismos en la relación de sus padres y su noviazgo con Julia, la carencia afectiva presente de forma intergeneracional y la minimización de la carencia.

Se trataron aspectos que la paciente descuida, tales como: la idea que tuvo al iniciar el noviazgo con Julia de querer quitarle lo infiel; el origen de la idea de perfección en la familia; el proceso que implicó reconocer su identidad homosexual y por el cual también tenía que pasar su novia y las respectivas familias; las incongruencias comunicacionales que ella había implementado con sus familiares, novia y quizás en el espacio terapéutico, como vías para cubrir sus necesidades afectivas originadas en la infancia, que le han llevado a pensar que los demás tendrían que adivinar y cubrir sus necesidades, la minimización de una carencia afectiva y las expectativas en la relación de noviazgo.

Se investigaron algunos aspectos útiles para el conocimiento del ciclo completo de interacciones, tanto en la relación de noviazgo como en la historia personal conectándolo con su familia de origen. Algunos puntos que se indagaron fueron:

- ❖ La relación de los padres como pareja y como padres, así como la posible conexión con los celos de Lucía, ya que mencionó que su papá era celoso y que sus padres tenían problemas en su relación.
- ❖ El machismo en la familia de abuelos maternos
- ❖ Se consideró el problema con el holón fraterno y un posible isomorfismo con los celos en la relación de Lucía con Julia.
- ❖ La historia trigeracional de la familia y los tipos de apego en Lucía considerando su tipo de personalidad, para saber si existían indicios de carencia afectiva.
- ❖ La secuencia de interacción con su pareja y ver de qué manera surgían los celos.



- ❖ Las conexiones entre la falta de atención y reconocimiento que ella había referido en la infancia y las relaciones de sus padres con sus familias de origen.

Sin embargo, no se ahondó en la relación que establecía con su hermano referente al reciente consumo de marihuana que se menciona en la penúltima sesión.

### **Intervenciones empleadas.**

Se implementó el *interrogatorio circular* como una forma de intervención que permitió introducir información en términos de diferencias o cambio (Selvini, 1990). Asimismo dentro de las sesiones se trabajó con *las premisas*. En este sentido se consideraron las creencias y mitos familiares que influían en lo que Lucía describe como “inestabilidad emocional” y “celos”:

- Idea de perfección en la familia
- Mito familiar del machismo y de pareja heterosexual como ideal
- Idea de resarcir necesidades del pasado en relaciones futuras
- Idea de falta de amor e interés de los padres de Lucía hacia ella
- Homosexualidad como imperfección
- Importancia de aliarse o defender al sexo (mujer) considerado en la familia como de menor valor

La modificación del sistema de creencias se trabajó mediante el cuestionamiento y comentarios sobre la procedencia de las creencias de la familia de origen con respecto al machismo, perfeccionismo, homosexualidad y amor de los padres. Pues de acuerdo al modelo de Milán la introducción de información nueva al sistema constituye una desestabilización en las premisas que mantienen el problema, por lo que la información puede equivaler a entropía negativa, lo que significa generar conocimiento o un cambio en la relación (Selvini, 1990).

Se utilizó la *intervención final* con el objetivo de generar un efecto organizador en el sistema, a través de mensajes del equipo o por comentarios de la terapeuta. En algunas sesiones, miembros del equipo acompañaron a la terapeuta al cierre de la sesión para dar mensajes generados en la discusión de forma personal y generar información en términos de diferencia bajo un clima emotivo y de colaboración por parte de la terapeuta y equipo.

Se implementaron *connotaciones positivas* considerando las últimas aportaciones de Selvini (et al., 1999) sobre “meterse en la piel” de cada miembro de la familia para entender las razones dentro de la historia personal del individuo, sin omitir la responsabilidad por el sufrimiento provocado a otras personas. De esta manera en las connotaciones se abordó la inteligencia, la independencia, la fortaleza y la responsabilidad de Lucía para sobresalir como hija y contribuir al negocio familiar, sin dejar de lado a vulnerabilidad ante responsabilidades autoimpuestas.

En algunas sesiones se aplicó un *intervalo largo entre sesiones*, observando cambios positivos en el proceso terapéutico. La distancia entre sesiones se basa en el supuesto de que se requiere tiempo para que las intervenciones tengan efectos en la organización familiar y sean visibles (Selvini et al., 1999).

La *revelación del juego familiar* fue otro aspecto en la intervención que permitió explicitar a Lucía las conexiones entre el sufrimiento en su relación de noviazgo, la relación que establecía con su familia y la carencia afectiva vivida en la infancia, así como los isomorfismos de su noviazgo con pareja conyugal de sus padres. Además, se destacó la minimización de la carencia afectiva de la infancia así como el deseo de reconocimiento por parte de la novia como una forma de resarcir algo imposible por pertenecer a una situación del pasado (Ochoa, 2004; Selvini et al., 1999). Situaciones que reconoció, y retomó en la sesión de cierre para explicar su insistencia de ser perfecta y entrometerse en la relación de sus padres, dando la razón a su madre y accediendo a las peticiones en las que quedaba triangulada, para también mencionar algunos cambios generados en la terapia.

El *cambio en el proceso terapéutico* de Lucía se efectuó de forma progresiva en las sesiones, por lo que se considera:

- ❖ El reconocimiento de la identidad lésbica ante sus familiares, luego de favorecer el propio reconocimiento de su orientación sexual. Cuestionamiento con cambio de creencias relacionadas a atribuciones negativas que Lucía hacía de los comentarios de personas significativas en su vida, tales como la tía, la madre, el papá y hermano. Introduciendo como elementos el tiempo y el proceso individual, familiar y de pareja que implicaba asimilar su orientación homosexual, considerando además el contexto cultural.

- ❖ Hace pública su orientación sexual con su familia, teniendo una respuesta positiva de parte de ellos. Aspecto del que se retoma la idea de reconocimiento de la familia y respeto a su espacio y tiempo para que ella pueda hablar, atención a lo que le sucede. Lo que promueve cambios en la relación con su madre que empieza a ser más cercana.
- ❖ La familia de su novia se entera de su relación, situación que en parte viene a enredar más la situación de pareja, pero que también permite hacer pública la relación de noviazgo y asumir una decisión respecto a terminar la relación porque reconoce que Julia no es una persona compatible en intereses y formas de diversión a ella.
- ❖ Reconocimiento de la carencia afectiva en la infancia presente en ella y en sus padres como producto de las propias experiencias en la infancia. Y de los isomorfismos entre la relación de sus padres y su noviazgo con Julia. Lo que le permite a Lucía salirse del embrollo familiar, dejando que los padres arreglen sus problemas y retomar actividades relativas a su edad y amistades pasadas, que conducen a una mayor estabilidad emocional en Lucía y en el auto-reconocimiento de sus recursos y limitaciones como persona.

### **Comentarios y reflexiones**

El caso de Lucía constituyó parte de las primeras experiencias como terapeuta familiar titular, por lo que en un inicio la idea de falta de experiencia en mí, me llevó a tener una posición pasiva frente al equipo y la supervisión, al punto de que la retroalimentación era tomada sin reflexionar en mi punto de vista y otorgándoles mayor importancia. Sin embargo, a través de las sesiones la supervisión me exigió mayor espontaneidad e intervenciones fundadas en la epistemología del modelo. Situación que me llevó a retomar mis propias ideas sobre el caso, en el mismo nivel de importancia que las observaciones de mis compañeros.

Asimismo, el proceso terapéutico con una joven universitaria tuvo un efecto en primera instancia de incertidumbre sobre la postura que debería de adoptar, debido a que en las primeras sesiones tuve la sensación de que Lucía hablaba conmigo como en una charla que emprendes con una amiga y a la que con facilidad puedes descalificar, por lo que yo trataba

de mantener cierta distancia a fin de salvaguardar la directividad que como terapeuta exigía el modelo. Este aspecto, en cambio fue observado por el equipo terapéutico como una forma seductora de Lucía a través de la cual buscaba agradar, lo cual aun así me parecía complicado pues no sabía con claridad cómo manejarlo. Sin embargo, a través de las sesiones entendí que la capacidad directiva no dependía de esto, sino de la claridad del modelo a partir del cual yo formulaba la comprensión del problema de Lucía y de las intervenciones que como terapeuta podía implementar desde una postura de colaboración que favoreciera la escucha en la paciente, a la vez que contribuía a mi propia capacidad para escuchar y comprender. Incluso ahora considero que esa forma de establecer la relación terapéutica, favoreció el enganche, y el clima colaborador.

El tema de la orientación sexual fue otro aspecto, que al inicio me fue difícil de abordar, no porque yo rechazara las relaciones homosexuales, sino debido a que Lucía evitaba nombrarlo de forma directa y abiertamente, lo cual considero constituyó un isomorfismo de lo que sucedía en las relaciones familiares y de noviazgo de Lucía. No obstante a ello opte por un estilo respetuoso que opto por esperar a que Lucía mencionara su homosexualidad abiertamente, para luego retomar su lenguaje, a fin de hacerla sentir cómoda.

### 1.1.2. Caso 2. Familia Velázquez Garnica

#### Datos generales

---

Familia Velázquez Garnica	
Institución: Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro”	
Consultante: Mary Ana Silvana	Ocupación: Hogar
Terapeuta: Beatriz Bollás Hernández y Ligia Noemí Kumul Coronado	
Supervisor: Mtra. Noemí Díaz Marroquín	Supervisión: Integración de mod.
Mtra. Nora Rentería Cobos	Supervisión: Mod. posmodernos
	Núm. de sesiones: 12
	Modalidad: Quincenal

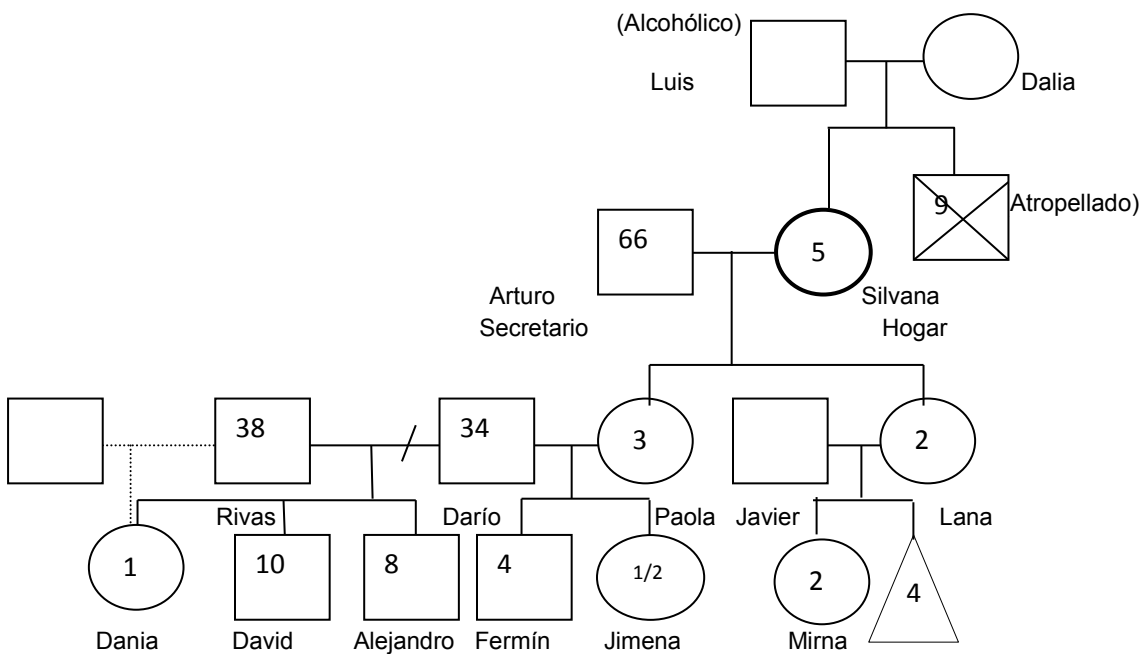
---

**Equipo terapéutico**

Aguilar Segura Alma Griselda  
Aguilar Delgadillo Cintia  
Bautista Rodríguez Paula  
Durán Rivera Araceli  
Flores Sánchez Cuauhtémoc

Ibarra López Adriana Elizabeth  
Larrieta Carrasco Verónica  
Ledesma Hernández Claudia Verónica  
Muñoz Arreola Leticia  
Vargas Arrazola Verónica

**Familiograma**



**Motivo de consulta**

Silvana refiere estar en tratamiento farmacológico de depresión y requiere Terapia Familiar debido a que cuida a sus nietos y desea estar mejor para ellos.

**Modalidad de la terapia**

El proceso terapéutico se realizó en co-terapia con Noemí Kumul, bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín y el equipo terapéutico, trabajando hasta la sesión ocho

con la integración de modelos de la Terapia familiar. A partir de la sesión nueve el modelo de supervisión se centró en la terapia narrativa con equipo de reflexión.

Las sesiones se realizaron en formato quincenal, existiendo lapsos mayores entre cada sesión por calendario escolar y periodo vacacional. Las sesiones se dividieron en pre-sesión, sesión, inter-sesión, cierre de sesión y post-sesión o discusión con el equipo.

### **Descripción del caso**

Mary Ana acude a terapia de manera individual, en el primer encuentro refiere tener un tercer nombre “Silvana” argumentando que no sabía qué nombre había dejado pero prefiere la llamen así. Menciona vivir con su esposo Arturo y tener dos hijas adultas, Paola y Lana (quien está casada y tiene una hija de dos años).

Paola es la hija mayor y tiene cinco hijos de tres padres distintos, a los 19 años se embaraza y tiene a Dania, debido a que el padre no se hace responsable, Silvana y su esposo se hacen cargo de la nieta. Posteriormente Paola tiene una nueva pareja, Rivas, con quien concibe a David y Alejandro y con quienes vive por un tiempo en casa de Silvana hasta que Arturo corre Rivas. Motivo por el que Paola también se va, llevándose a sus hijos. Luego de un tiempo Paola se separa y tiene un “destape”<sup>1</sup> por lo que el cuidado de los hijos queda a cargo de Silvana y su hija menor.

Daniel es la tercera pareja de Paola, es un hombre que Silvana describe como violento, que maltrata a los hijos de Paola cuando ella no está, motivo por el que Silvana decide demandar ante el DIF para obtener la custodia de sus nietos.

La preocupación de Silvana al llegar a terapia es muy intensa en cuanto al daño que han vivido sus nietos y por ello desea sentirse bien para apoyar a sus nietos. Pues la depresión la ha acompañado desde los 15 años de edad, época en la que muere su hermano menor al ser atropellado y al que cuidaba como si fuera su hijo.

### **Hipótesis**

---

<sup>1</sup> Alude al movimiento de los años 70 en España después de la dictadura franquista, que se caracterizó por el “destape de mujeres” en la cinematografía y revistas permitiendo una expresión de erotismo, que coincidió con la transición y libertad creativa que florecía en España en 1970.

- Silvana es una mujer que considera no haber sido una “buena madre” para su hermano, ni para Paola, su hija. Existe una duda en ella sobre que tal vez fue mejor madre con Laura por lo que quiere “ser una buena madre” de sus nietos para cubrir la deuda con su hija mayor a través de éstos.
- Existe un sentimiento de desvalorización en Silvana como mujer, que proviene de lo aprendido en su infancia acerca de “ser mujer”, por lo que piensa que no es buena para hacer nada, que se suma a culpas que ha venido acumulando y que se representan en una falta de derecho para disfrutar de la vida y una falta de sentido de vida.
- Las relaciones sentimentales complicadas de Paola con sus parejas y la desatención a sus hijos han evitado que la depresión de Silvana se agudice, manteniéndola ocupada. De esta forma Paola le ha dado a su madre cinco motivos para vivir: el sentido de vida de Silvana está depositado en los nietos.
- La depresión de Silvana no le permitió estar atenta al cuidado de Paola cuando ésta era pequeña, por lo que existe un sentimiento de culpa en Silvana de ser una mala madre por lo que tiene una deuda que pagar a través de los nietos.
- Silvana no se atreve a ser “mala madre” por eso tiene que soportar todo lo le haga y diga Paola, porque no quiere parecerse a su abuela materna Ana, no desea repetir el mismo patrón de una abuela fría y cruel.
- La culpa en Silvana por no haber sido ella quien muriera, sino su hermano, el “hombrecito”, como le decían, no le permite vivir y sentirse digna para hacerlo. El valor del hombre antecede al de la mujer.
- La migraña de Silvana aparece como una forma impedir experimentar extremos emocionales como la felicidad ya que ella no se siente con derecho a sentirla. La migraña le permite alejarse de su familia y disfrutar de ella, pero también es una forma de ocultar su depresión ante el esposo, ya que ser una mujer deprimida le restaría aún más valor como “buena esposa”.
- Los problemas escolares de Alejandro y David mantienen ocupada a Silvana. A la vez que lo nietos buscan mantenerse cercana a ella para evitar que se deprima. Alejandro anhela irse con su padre pero teme pedirlo por temor a que la abuela se entristezca.

### Objetivo terapéutico

El objeto de la terapia se encaminó en buscar que Silvana reconociera un sentido de vida personal, de manera que la depresión no estuviera presente en su vida y pudiera disfrutar de actividades que le agradaban y criar de manera más tranquila a sus nietos.

### Evolución del proceso terapéutico

La primera sesión inicia con el encuadre terapéutico y la exploración del motivo terapéutico. La paciente se muestra abierta al hablar sobre el problema que la trae a terapia y parece tener mucha necesidad de hablar sobre las situaciones que le ocasionan sufrimiento, por lo que su discurso es abundante y es difícil acotar.

Mary Ana nos comenta en primer lugar, que al concluir la primaria se entera que tiene un tercer nombre, Silvana, por lo que prefiere que le llamemos así. Refiere tener 56 años y vivir con su esposo Arturo de 66 años quien es secretario. Comenta sobre su hija mayor, Paola, con quien presenta uno de sus principales problemas; su hija menor es Lana que actualmente está casada y tiene una hija de 2 años.

Se aborda el tema de Paola, las tres parejas que ha tenido y los cinco hijos que tiene. Silvana comenta que la actual pareja de su hija mayor es Darío, una persona violenta, que maltrata a los hijos de Paola (mientras ella no está). Motivo por el cual Silvana interpone una demanda al DIF para solicitar la custodia de David y Alejandro, dando a entender en tercera persona saber que implica levantarse y “no tener un motivo por qué vivir”.

Al explorar el tema de la depresión, Silvana especifica que inicio a los 15 años, época en la que muere atropellado su hermano (de nueve años), a quien cuidó por mucho tiempo como si fuera su madre (hasta darse cuenta que era su hermana). Refiere que su madre se enteró del accidente porque las vecinas le dijeron que se acercara y al llegar no pudo ni llorar; su padre, un hombre violento y alcohólico, se ausentó por periodos de la casa, culpando constantemente a su esposa de la muerte del hijo. Silvana, recuerda a las vecinas decir a su padre que ahora si se “había quedado solo” (por la muerte del hijo) ante lo que ella pensaba: “¿y entonces nosotras qué somos (ella y su madre)? no somos nadie”.



Se trata de definir el motivo de consulta por lo que Silvana comenta “me gustaría sentirme bien para apoyar a los niños”, sus nietos David y Alejandro. Se transmiten los comentarios del equipo, entre ellos, la connotación positiva sobre que se ve en ella una “madre universal” que ha sido madre de su hermano, de sus hijos y de sus nietos. Solicitando la tarea de pensar de qué le ha servido ser una “madre universal”.

La sesión 2 inicia con la tarea solicitada, Silvana refiere que no pudo encontrar ventajas porque no ha tenido éxito, se angustia porque se ha apropiado de los hijos de Paola, ejemplificando que no ha llegado a la meta mediante la analogía de una Gata llamada “Camila” que tuvo una gata, Camilita, que a su vez tuvo gatitos, en donde la gata Camila le quitaba a Camilita sus gatitos.

La supervisora interviene en la sesión para comentar que se pregunta cómo es que no ve ventajas de ser una madre universal, indagando para quién fue de pequeña, por lo que Silvana responde que fue para su madre, pues tenía que ir a pedir leche a la abuela paterna para el hermanito, porque su padre al ser alcohólico no daba dinero para comer y cuando llegaba a casa maltrataba a su madre. Se hace comentario por la terapeuta que parece que ella siempre ha tenido que ver por los demás, solucionando cosas que mamá debía de solucionar, como ir con la abuela. Silvana afirma diciendo que la abuela era muy cruel con ella y su madre. La supervisora comenta que ella sigue saliendo a solucionar las cosas que no le corresponden como con Paola, por lo que Silvana dice “¡como la madre Teresa de Calcuta!”, “es muy soberbio”; la supervisora agrega que además es una carga muy pesada para ella, pero que pareciera que el sacrificio es lo que le da sentido a su vida, porque así lo ha vivido siempre.

Al finalizar la sesión, se solicitó observar sus sentimientos y pensar en lo que sucede y siente cuando dice “no” e imaginarse cuál es la pasión a la que le gustaría dedicar tiempo. Con la intención de las terapeutas de contrastar experiencias que le dan sentido a su vida.

La sesión 3 se inicia preguntando a Silvana cómo le fue en la semana, a lo que responde sobre una cirugía del nervio carpiano que le realizarán. Se aborda la tarea pero Silvana narra un suceso de la semana en que Paola la visitó para darle la queja de que Fermín se había bajado el bóxer, se volteó y mostró las nalgas a sus hermanos, razón por la que

Paola le pedía Silvana le pegara a David, ya que él fue el que le enseñó y Fermín fue reprendido a golpes por su padre.

Silvana no le pegó a David pues consideró que Paola ya lo había regañado. Aclara dar una buena educación a sus nietos y no tener al alcance de ellos películas o revistas no apropiadas, sabe que Paola y su esposo ven pornografía pues su nieta mayor se lo ha dicho y además ella encontró una portada en la ropa de los niños. Las terapeutas indagan sobre la relación entre lo narrado y la tarea que se le dejó, por lo que Silvana refiere que difícilmente dice “no” y en esta ocasión puso ese límite.

Se aborda la segunda tarea, elegir algo que le apasione hace, ante la cual la paciente presenta dificultad, poniendo diversos pretextos. Al regreso de la pausa se transmiten los comentarios del equipo, entre los que se destaca que ven que Silvana es una mujer que no se ha permitido tener una pasión, que sabe que se puede apasionar pero que no se lo ha permitido, que ella lo ha nombrado como dependencia pero el equipo lo denomina pasión. Han observado que posterga sus pasiones por estar en función de otros y las pasiones son como el motor de vida y sin ello no hay sentido. Además se menciona que una mujer de su generación le envía el mensaje que no se ha permitido ser ella misma.

Se deja como tarea hacer algo que a la paciente le guste y que sea en función solamente de ella. Argumentando que el equipo terapéutico debatió si logrará realizar la tarea. Por lo que Silvana menciona que es muy competitiva.

En la sesión 4 Silvana refiere que le hicieron la cirugía y está recuperándose. Respecto a la tarea dice que ganó la parte del equipo terapéutico que dijo que no la realizaría. Sin embargo, prosiguió diciendo que intentó armar un rompecabezas pero no lo hizo por temor a que sus nietos le perdieran una pieza y que otra actividad que le apasiona es ir a un terreno en el que tiene sembrado flores y árboles que cuida mucho y eso si lo hizo, lo que le hizo bien. Las terapeutas cuestionan el sentir que no hizo la tarea cuando la ha hecho, destacando que pareciera que para ella no es suficiente lo que hace. Ante lo que Silvana afirma y argumenta que su madre era igual que se preocupaba por otras personas antes que por sí misma.

Relata situaciones de su infancia que le llevaron a aprender a vender periódico en el tren para obtener dinero para comer y para la leche de su hermano, del que dice lamentar no acordarse más que de su nacimiento y muerte, y sentirse culpable de haber sobrevivido. Las terapeutas destacan que ese sentimiento la ha llevado a “sobrevivir” porque no se ha permitido vivir completamente, ante lo que Silvana asiente llorosa.

Al regreso de la pausa se le pregunta a la Silvana si ocurrió algo pues el equipo la nota muy sensible, contestando que no, que a veces se siente triste, lo que le atribuye a la depresión. Por otra parte, el equipo concuerda en que sí logro hacer la tarea y que al cuidar del árbol y generar vida se está cuidando a sí misma. Silvana agrega que en el centro de su colonia se logró que donaran el terreno que la gente usaba como basurero y que ahora está yendo a limpiarlo para sembrar árboles y dar vida al lugar. Por lo que se le sugirió ir con frecuencia a ese terreno.

Sesión 5. Silvana comenta que no pudo acudir al terreno pues su cuñado falleció y su esposo le pidió que se hiciera cargo de los trámites, diligencias que en otras ocasiones ya había realizado con otros cuñados, por lo que Silvana le dijo a su esposo que esta era la última ocasión que ella se hacía responsable de un funeral.

Las terapeutas tratan de indagar sobre la relación que tiene con su esposo, ya que en pocas ocasiones lo menciona. Sin embargo Silvana se desvía hablando de personas cercanas a él y sólo refiere que Arturo es el menor de cinco hermanos, que perdió el olfato y gusto en un accidente al ser atropellado a los 8 años, de joven estudió filosofía y fue un buen bailarín, comparte con él su humor caustico y el gusto por el béisbol. Las terapeutas preguntan sobre las formas de interacción con el esposo cuando Silvana se deprimía, comentando Silvana que las que notaban su depresión eran sus hijas, pues frente a su esposo ella se hacía la fuerte. En aquella época ella tenía fuerte migrañas y su esposo pensaba que iba al neurólogo por esa razón, permitiéndole ir a recostarse para descansar y luego retomar sus labores del hogar. Las terapeutas cuestionan que pareciera que Arturo podía estar al tanto de su malestar físico pero no de las ocasiones en que se encontraba deprimida, ante lo que la paciente contesta que su esposo ha sido el que equilibra la relación.

Silvana además comenta que la muerte del cuñado la llevó a pensar que tiene una familia a la que no le dice con frecuencia que la quiere, razón por la que lo ha hecho con sus nietos en estos días.

Se retoma la metáfora del árbol que da frutos, por lo que las terapeutas preguntan a la paciente qué es lo que necesita ese árbol, pues se sabe que hay diferentes tipos de árbol que necesitan cosas distintas para crecer e irse ramificando.

En la sesión 6 Silvana aclara no acudir a la sesión pasada debido a que tenía que realizar actividades que no pudo hacer por la operación. Aunque se le pregunta por la tarea, la preocupación que tiene es el no poder ser consistente con sus nietos, respecto a los límites que está poniendo.

Se exploran los avances que ha tenido en el proceso, refiriendo que ha hecho las paces con su mamá y papá, dejó de intervenir en la relación de sus padres, con Paola ha dejado que crezca por sí misma, aceptando ahora que está casada con quien su hija eligió.

Para cerrar la sesión se hace la devolución del equipo, referente a que es un acto de generosidad la situación por la que está con sus nietos, entendiendo la importancia que tiene para ella ver a sus nietos y preocuparse por sacarlos adelante. Por otra parte, se le pregunta si hay cosas que no ha dejado ir y le están obstaculizando o le están quitando energía para ver a sus nietos. Se formuló una analogía con el terreno que está limpiando, sobre que en ocasiones para que los terrenos den vida es necesario limpiar y quitar la basura que lleva años acumulada ahí.

En la sesión 8 se retoma luego de un periodo vacacional, por lo que Silvana menciona que durante vacaciones Ale se fue con su papá, en tanto David sólo fue algunos días, comenta la preocupación por las bajas calificaciones de sus nietos, que relaciona con la falta de estructura (horarios). Se indaga sobre la comunicación de estos aspectos con los padres de los nietos. Ante lo que la paciente refiere que lo ha comentado pero el padre de Alejandro cuestiona a Silvana que por qué no le pregunta a Alejandro qué es lo que quiere. Al respecto Silvana considera los límites y estructura como una necesidad que hay que cubrir con su nieto.

Se toca el tema del temor que puede tener Silvana de perder a Alejandro, así como perdió a Dania (perdida que comentó). La paciente se muestra condolidada y preocupada respecto a los problemas escolares de los nietos y por su nieta Dania debido a una antigua relación de noviazgo que le prohibieron por estar el adolescente involucrado con el narcotráfico. Comenta que la relación con su nieta en vacaciones fue difícil pues trato de ponerle límites, ya que recibía llamadas a media noche. Además, le preocupa que hace unos meses encontró en la toalla de baño de su nieta unas píldoras de emergencia, cosa que la nieta negó, por lo que Silvana sólo logró decirle lo que pensaba respecto al uso de esas pastillas, que como el nombre lo dice son de emergencia.

Silvana reconoce tener una postura pesimista, pues teme que si Alejandro vive con su padre, termine consumiendo mariguana como su medio hermano (de 17 años), reiterando que tiende a ver lo peor, por lo que la terapeuta destaca la preocupación genuina ante algunos factores de riesgo que pueden presentar sus nietos. Asimismo se reconoce la nueva postura, sobre darse cuenta de las ocasiones en que tiende a lo negativo.

Silvana menciona que David es más apegado a ella y que él le ha dicho que si ella se muere este se moriría con ella. Asimismo, sabe que él jamás se iría con su padre. El término de la sesión se alarga ya que aunque se trata de hacer el cierre, la paciente se muestra deseosa de hablar y ser escuchada.

La sesión 9 inicia con un re-encuadre de la nueva forma de trabajar (cambio de supervisión): con equipo reflexivo, bajo el enfoque narrativo. Se solicita a Silvana comentar cómo ha sido el proceso hasta ese momento. Silvana refiere que actualmente trabaja con una doctora de recepcionista, platicando la forma en que consiguió el empleo y lo bien que se siente trabajando. Ha notado cambios en ella: se siente mejor, ha aprendido a manejar la situación con su hija Paola y puede poner límites, ya no se centra en los problemas que tiene Paola, la está dejando sola para que “pueda crecer” “porque es la única manera en la que lo puede hacer”. Lleva dos años tomando medicamento, y actualmente le están reduciendo la cantidad y sin embargo, no se ha sentido deprimida como en otras ocasiones.

Se considera una persona “impaciente”, y el acudir a las terapias se ha dado más tiempo, se pone pausas para pensar mejor las cosas, se ha dado cuenta que no tiene por qué correr para que las cosas salgan como a ella le gustarían.

Menciona que ahora reconoce lo que sí tiene, aunque le cuesta un poco de trabajo, ya que generalmente, las personas le pueden decir cosas que creen que están bien, pero ella no las ve de esa manera. Antes “las cosas no las veía gris, sino negras”

Luego de la pausa, el equipo reflexivo habla sobre la nobleza de Silvana de hacerse cargo de sus nietos. También se menciona si es posible que escriba algo y nos lo comparta. Se mencionó sobre su capacidad de poner límites y lo complicado que debe ser, ya que las abuelas son para consentir no para disciplinar.

En la sesión 10 se explora la relación de Silvana con su hija menor, quien recientemente tuvo a su bebé y dijo a su madre que nunca la ayudaba cuando ella más lo necesitaba, motivo por el cual Silvana trató de estar ahí después del parto. Se retoma cómo ha podido poner límites a sus nietos a pesar de que se le había dificultado. Silvana retoma los comentarios que le hicieron el equipo reflexivo (la sesión pasada), refiriendo que ellos la ven como una persona valiosa y que lo sabe por cómo le dijeron que la ven pero que ella no está segura de serlo.

Se aborda la importancia del uso de las manos en la familia, pues con las manos se pueden transformar las cosas. Se retoma el gusto de Silvana por la escritura y los temores de esta para escribir y mostrar sus textos, comentando la terapeuta que le hace pensar que tiene el fantasma de los escritores y cuestionándole ¿qué tanto eso no le permitía valorar sus escritos?. Silvana responde que más bien le gusta hacer las cosas bien. Por lo que la terapeuta pregunta qué es lo que le haría falta para poder lograrlo. Silvana responde que necesitaría estudiar la carrera de escritora.

Retomando lo que mencionó Silvana, la terapeuta lleva a que esta piense ¿de qué modo podría escribir su historia? Ante lo que contesta la paciente que no ha tenido el medio ambiente para poder hacerlo, que no ha tenido con quién compartirla.

Al regresar del corte las terapeutas retoman como Silvana aprecia la literatura y se formula una analogía sobre músicos o escritores que lograron hacer obras sin una instrucción formal. Asimismo se connota el hecho de que ella esté poniendo límites con sus nietos. Se retoma la importancia de las manos en la familia

En la siguiente sesión (11) se inicia con la tarea del escrito, la cual lee y menciona que estuvo pensando en la importancia que tienen las manos para ella y para su familia, mencionando diversas actividades que puede realizar con ellas. Las terapeutas connotan todo lo que ella sabe hacer con las manos. Le agradecen el que haya compartido con ellas el escrito, ya que saben que es algo que le cuesta trabajo hacer.

Le preguntan qué pasó en ella al hacer el escrito sobre las manos. Menciona que se dio cuenta de que su ambiente es de total emoción y que a través de las manos es que lo expresa.

Se retoma el tema de los nietos, a quienes les ha pegado menos, poniéndoles límites y evitando caer en el juego de ellos cuando la hacen enojar. La terapeuta le menciona que cuando ella acudió a terapia la primera vez ella mencionó que una de las cosas que ella quería trabajar era sentirse bien para estar bien con sus nietos. Se le pregunta ¿además de eso que le preocupa, qué otras cosas le inquietan? Respondiendo que ella desea no pegar a los nietos y ponerles límites. Desea controlar su coraje. Aunque no sabe por qué está enojada.

El equipo reflexivo realiza comentarios sobre cómo es que le atrapa el enojo a Silvana. Le invitan a pensar qué le dice que sus nietos hacen las cosas para enojarla. ¿A ella le atrapa el enojo y a los niños les atrapa la frustración? Por último se menciona lo difícil que es estar en su lugar, siendo abuela y madre, ¿cómo conjuntar las dos cosas a la vez?.

En la sesión 12 se retoma la tarea de identificar momentos de reconocimiento personal de las cosas que hace, relatando su proyecto de arreglar su jardín, ante el que queda insatisfecha y pide la opinión de su hija Lana, quien le dice “te quedo muy bonito”. En el trabajo puede reconocerse, ya que todos los días aprende algo. Refiere que en algunas ocasiones ha estado a punto de ser la madre universal porque se preocupa por todos los demás y que eso la llega agobiar, por lo que el psiquiatra le comentó que si su trabajo le va a provocar eso, es mejor que lo deje porque se sentirá mal otra vez. Por lo mismo Silvana decidió evitarlo.

Se hacen preguntas de la influencia de Silvana al problema, sobre cómo logra evadir la crítica: “no es suficiente”, destacándolo además como un logro. La paciente refiere que ha logrado detenerse y reconocer lo que sí está haciendo. Refiere que aunque las cosas no le

salen como en su imaginación, se da cuenta que es muy pretensiosa y eso la detiene. Las terapeutas retoman la importancia que está teniendo para ella lograr detenerse y en ocasiones apoyarse de otros y para no caer en la crítica. Se connotan los logros que ha tenido al hacer cosas que antes había postergado y el reconocimiento que ha tenido de tres cosas que nos ha comentado en la sesión:

1. El proyecto del jardín
2. El trabajo
3. Los casos sobre los que ha aprendido en su trabajo

Se retoman los logros y recursos que tiene Silvana: el apoyo solicitado a Lana en ocasiones de duda, el trabajo y lo que ha representado para ella, las conversaciones de su esposo que no le permitieron caer más en la depresión y el reconocimiento que ahora tiene acerca de ver sus propios recursos y los de otras personas. Se le pregunta si esto lo ha visto como reconocimiento. Por lo que responde que ahora ya se da más crédito.

Se hacen algunas preguntas sobre el panorama de la identidad, expresando Silvana que está más tranquila en el aspecto social, cultural y en las conversaciones con su esposo. Las terapeutas preguntan cómo es para ella poderse ver, Silvana refiere que empieza a reconocerse, que antes se reconocía en lo que sabía hacer pero buscaba la aprobación. El gran cambio de ahora es que ya no le importa si la aprueban en lo que va a hacer, ahora busca reconocerse ella. Ahora ve diferentes mujeres y eso también le ayuda.

Comenta que Alejandro lleva tres semanas con su papá, que habló por fin con Rivas y le comentó que Ale sufría mucho porque desde hace tiempo se quería ir con él pero este lo había rechazado. Menciona que Ale primero se fue por una semana y luego otra y ahora ya son tres, por lo que ella está dejando que las cosas fluyan. Refiere que Alejandro estaba buscando el apapacho, mientras que David tiene más claro lo que quiere o tal vez tiene más miedo o se siente mejor con ella. Menciona que ella se encuentra tranquila pues sabe que sus nietos estarán bien pues ya no son indefensos como antes.

La terapeuta interviene preguntando si será que también Alejandro se dio cuenta que su abuela iba a estar segura. Agregando la segunda terapeuta que incluso esa forma pausada de ir con su papá eran pasos para sentirse tranquilo, de ver a Silvana bien. Se connota que Silvana ahora puede estar segura de lo que les ha dado a sus nietos. Al respecto contesta



que les proporcionó los recursos para que en caso de que los lleguen a maltratar no tengan por qué ser víctimas y no tengan que quedarse, así mismo buscó hacerlos más independientes para que tengan los recursos en caso de no estar bien y puedan decir lo que les está pasando.

Se hace el corte solicitando que piense como le hacen sentir los logros que ha tenido.

Al regresar del corte Silvana comenta que ahora ha estado reconociéndose y se siente bien sin llegar a los extremos de sentirse demasiado alegre.

La terapeuta toma la palabra recordando la ocasión en que Silvana llegó por primera vez y los motivos que tenía para asistir a terapia (sentirse bien consigo misma para poder estar bien con sus nietos) y hace una comparación con lo abordado en las sesiones y lo diferente que es su discurso hoy en día. Argumenta que ha logrado los objetivos planteados, ya que se encuentra bien con sus nietos, así como con su esposo. La segunda terapeuta agrega que en el pasado veían a una mujer diferente. En contraste, la mujer de ahora ha tenido cambios que se han observado en el proceso. Se connota que ha aprendido a ver lo que le gusta y a ir busca eso que le gusta, se habla de que su relación con lo demás ha cambiado porque antes buscaba la aprobación y ahora ella misma se reconoce a través de su dialogo interno. Asimismo, se habla de que ha aprendido a ser abuela. Que ha logrado que sus nietos sean independientes e igualmente ella es más independiente pues elige cómo quiere sentirse, sin llegar a extremos emocionales.

Las terapeutas refieren que piensan que ella puede seguir haciendo cosas así como ahora, pues lo ha hecho. Se habla de que se cierra un ciclo por el periodo vacacional, por lo que se le deja abierta la cita para nos llame cuando considere que lo necesita.

Las terapeutas retoman que la sesión anterior que no vino porque se sentía mal, pudo manejarlo bien, por lo que creemos que puede elegir cómo sentirse después de un día así.

La paciente hace un pequeño recuento y menciona que su hija Paola también está tomando decisiones y al verla a ella “vieja y trabajando” empezó a hacerlo también. Refiere como ha manejado conflictos entre David y Fermín y algunos logros más que no se habían mencionado.

Las terapeutas retoman que lo que comenta las lleva a pensar en Silvana como una madre que respeta las decisiones de sus hijas; que en las hijas pareciera haber admiración a la madre por ser un ejemplo para ellas, se agrega que está dejando también que sus hijas crezcan, respetado la maternidad de aquellas, que sabe ser abuela y ser firme con los nietos.

Silvana agradece los comentarios de las terapeutas y del equipo reflexivo que estuvo en sesiones pasadas.

### **Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica**

El proceso terapéutico se desarrolló de acuerdo a las premisas teóricas de la Terapia Familiar sistémica en sus distintos modelos que la integran. Asimismo, se retomó la visión de género como un eje presente en la terapia, a través de los presupuestos de la familia, el terapeuta y supervisor.

La perspectiva de género identifica y busca eliminar las discriminaciones que surgen a partir de las atribuciones, ideas y representaciones sociales construidas a partir de la referencia sexual. Dentro de la Terapia familiar se ha incorporado la crítica de la visión feminista y se ha asumido una visión consciente sobre la relación que guarda el género y el poder en las relaciones entre hombres y mujeres, asumiendo una postura sistémica y feminista (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1991), a partir de la cual se entiende que la estructura patriarcal ha promovido desequilibrios entre géneros, estableciendo estereotipos de lo que debe ser un hombre y lo que debe ser una mujer (Barbera y Martínez, 2004)

La terapia familiar feminista, asume una posición sistémica y feminista, que ha contribuido al análisis de las construcciones sociales de género, al no permitir que se asuman de forma naturalizada, evitando con ello contribuir a la desigualdad en las relaciones entre hombre y mujeres en la terapia (y fuera de ella), en la idea de un tipo de familia normal y del estereotipo tradicional femenino y masculino (Goodrich, 1989).

A continuación se describen las principales intervenciones implementadas:

La terapia se pensó desarrollar de acuerdo al modelo de *Terapia Breve*. El objetivo de la entrevista inicial del MRI consiste en recabar información sobre la naturaleza del problema, cómo se está afrontando y los objetivos mínimos que desea alcanzar el cliente. El abordaje del problema se realiza desde el presente, ya que el pasado no adquiere relevancia, por lo

que se evita hablar de la historia (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Al respecto, fue difícil manejar la entrevista desde estos parámetros, debido a que el discurso de Silvana era abundante y emotivo, lo que nos dificultaba hacer acotaciones, sobre todo cuando hablaba de su infancia. Por lo mismo, optamos por conservar el enganche, escuchar los acontecimientos significativos para ella y tratar de definir el problema de manera que pudiéramos formular los objetivos terapéuticos. Reconocimos que el tipo de postura de Silvana frente al problema, de acuerdo a su discurso, era manifiestamente doloroso, por lo que el cambio era urgente, (estar bien emocionalmente para cuidar lo mejor posible a sus nietos, ya que percibía no haberlo hecho con sus hijas).

### **Terapia sistémica con perspectiva de género**

Al replantear la forma de abordaje, entre las coterapeutas, se consideró junto con el equipo terapéutico y la supervisora, que era importante no omitir su historia y no perder de vista la perspectiva de género como parte del contexto en el que se desarrollaba la problemática de Silvana. Por lo que se retomaron aspectos de la Terapia familiar sistémica feminista. Se observaron los aspectos de género relacionados con la depresión de Silvana y el sentido que ella otorgaba a su vida a partir de los estereotipos de género, buscando ampliar las ideas sobre ser mujer y ser madre, para ello se utilizaron metáforas y analogías.

### **La entrevista como intervención**

A partir de la segunda sesión se implementó la entrevista como intervención. Karl Tomm (1987) habla de la elaboración de estrategias como una propuesta que involucra la toma de decisiones del terapeuta, en cuanto a generar planes de acción, su evaluación y la determinación de un curso a seguir, lo cual no se limita a la intervención final, pues un terapeuta no puede interactuar con un paciente sin intervenir. Todo lo que hace el terapeuta es potencialmente significativo con respecto al resultado terapéutico eventual. De esta manera como co-terapeutas se realizaron comentarios, metáforas y preguntas en función de la información obtenida por Silvana, lo que permitió que Silvana hablara de su preocupación por ser una buena madre para sus nietos, reflexionara sobre su rol como madre y proporcionar información sobre eventos dolorosos de su infancia que contribuyeron a su depresión, así como habilidades para realizar actividades que le hacían sentir bien.

### **El interrogatorio circular**

Retomando el punto anterior, se realizaron preguntas circulares como un tipo de intervención. La circularidad es una técnica alimentada por la curiosidad (Cecchin, 1989) que requiere que el terapeuta piense en términos de relaciones (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Biancardi, 2003). Por lo que el proceso terapéutico, buscó información en términos triádicos acerca de la relación con sus hijas, con sus nietos y esposo, en relación al motivo de consulta y posteriormente se utilizaron preguntas circulares y reflexivas con la finalidad de influir en el sistema de creencias de Silvana que limitaban su vida al sufrimiento. Estas preguntas favorecieron en ella la reflexión sobre ser una buena madre, sobre su sentido de vida depositado en el sufrimiento y en la ayuda a otros, sobre las cosas que ella podía proponerse y hacer, y a resignificar las actividades que pensaba de dependencia en actividades que le podían dar placer y le hacían sentir bien.

### **El uso de hipótesis para guiar el proceso**

Se elaboraron hipótesis que permitieran explicar la situación de la consultante y guiar el proceso terapéutico. Las hipótesis permiten una conexión entre la familia y el terapeuta, sin que éste sea absorbido por el sistema y facilitan el cambio en la familia; deben ser sistémicas y explicar la forma en que se relacionan entre sí (Boscolo et al., 2003; Rodríguez, 2000; Selvini et al., 1990; Ugazio, 1985).

Además se adoptó una postura de curiosidad o escucha, sobre los acontecimientos en la vida de Silvana que mantenían su estado depresivo, pero también de aquellos sucesos o actividades en donde la depresión no tenía influencia. Para Cecchin (1987) la postura de la curiosidad conduce a buscar explicaciones distintas en las historias de las personas, por lo que curiosidad e hipótesis están relacionadas y la mejor forma de elaborar hipótesis es usar la metáfora narrativa.

### **Uso de analogías y metáforas**

Se utilizaron metáforas para emitir mensajes que tuvieron como función promover la reflexión en Silvana sobre su problema y las posibles soluciones (Cade y O'Hanlon, 1993; Ochoa de Alda, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Esta forma de comunicación permite enfrentar el problema metafóricamente, eligiendo un aspecto análogo y provocar un cambio en él. Algunas de las metáforas que guiaron el proceso terapéutico fueron la de

“Madre universal”, al cuidado de su hermano, hijas y nietos; la metáfora del “árbol que da frutos”, que proporciona vida; de la “limpieza del baúl, que podría hacer de lo que le sirve y lo ya no le sirve”, así como la metáfora propuesta de Silvana sobre la gata Camila y la gata Camilita que no llega a la meta como madre.

La metáfora es una modalidad comunicativa que se realiza en relación de analogía entre una cosa y otra. El terapeuta puede comprender y emitir múltiples mensajes metafóricos por su modalidad de establecer la relación; hablar con metáforas es una forma de recoger información; se puede implementar al entablar una conversación o a través de prescripciones (Andolfi, 1992; Haley, 2005).

### **Intervenciones directas**

Se utilizaron intervenciones directas, tales como explicaciones, comentarios y tareas para ser tomadas literalmente. Las tareas son intervenciones directas que buscan ser tomadas literalmente y llevadas a cabo de acuerdo a las indicaciones, que apuntan a cambiar las reglas y los roles en la familia (Papp, 1988). La prescripción de tareas se utilizó al final de cada sesión como una estrategia dirigida a promover el cambio, establecer un contexto terapéutico (clima colaborativo) y amplificar el proceso terapéutico en las actividades cotidianas de Silvana fuera de la sesión (Andolfi, 1992; Haley, 2005). La revisión de las prescripciones nos permitió recolectar información útil al proceso:

- Dificultad para reconocer ventajas de ser una “Madre Universal”, metáfora acuñada por el equipo durante el proceso que fue de gran relevancia, para el objeto de la terapia.
- Dificultad para realizar actividades que le causaran placer.
- Importancia de dar una buena educación a sus nietos.
- Observar lados fuertes,
- Implementar nuevas tareas que llevaran a Silvana a experimentar situaciones que alimentaran su sentido de vida (prescripciones de refuerzo).

### **Connotación positiva**

En cada una de las sesiones se implementaron connotaciones positivas sobre lo que nos traía a terapia. Entendiendo la connotación como una visión positiva respecto a la identidad de

Silvana, en donde se pretendió ser curiosas sobre la forma en que la historia y contexto de Silvana se había ido conformando. En este sentido, la visión positiva de los comportamientos, síntomas e historia de las personas, acompañada del respeto del terapeuta, enclava una opinión distinta, que permite abrir el camino hacia las soluciones (Boscolo, et al., 1985; Reséndiz, 2010).

### **Reestructuración**

Se empleó la reestructuración como una vía de proporcionar diversas perspectivas frente a las ideas pesimistas de Silvana por lo que se recurrió a redefiniciones cognoscitivas sobre las experiencias vividas, las relaciones que establecía con sus hijas y con sus nietos e incluso con ella misma en cuanto al reconocimiento de actividades que disfrutaba (Nardone y Watzlawick, 1990).

### **La coterapia**

Asimismo, las sesiones se abordaron en co-terapia, considerando ésta como una forma de intervención que se caracteriza por la presencia de dos terapeutas que dirigen la sesión. Roller y Nelson (1993) refieren que la calidad de la relación entre los terapeutas en el equipo de co-terapia determina el curso de la terapia, para Bandura y Walters (1980) el grupo de co-terapeutas y el equipo se puede convertir en un modelo de aprendizaje social. De acuerdo a Garrido (1996) la intervención conjunta, permite un apoyo entre terapeutas en el que es posible establecer un diálogo sobre lo que ocurre en la sesión, intercambiar hipótesis, utilizar el desacuerdo como una forma de hacer que escuche la familia, evitar el alargamiento del tratamiento y observar lo que la familia nos devuelve de lo vivido en el proceso terapéutico.

### **Narrativa y equipo reflexivo**

A partir de la sesión nueve, se implementaron los modelos posmodernos como una forma de proseguir la terapia. Desde la terapia narrativa, White y Epston (1993) consideran que los síntomas están vinculados a narraciones evocadoras del discurso social del poder que desaparecen con el trabajo de externalización. Por su parte, el equipo reflexivo crea alternativas a través de comentarios entre terapeutas en forma de experiencias personales, dilemas o alternativas que no están obligados a ser aceptados por la familia, sino que son propuestos como reflexiones a escuchar.

Esta nueva experiencia permitió a Silvana escuchar voces que le hablaban de sus cualidades como persona, de la depresión como una cosa externa, de las emociones como una situación pasajera, y de una mujer con múltiples recursos y virtudes. Sin embargo, ella no podía verse de ese modo, por lo que las siguientes sesiones se orientaron al camino del autoreconocimiento. Permitiendo pasar del panorama de la acción al panorama de la conciencia las cuales conllevan a identificar los estados intencionales y a desarrollar la realización de preferencias alternativas (deseos, cualidades personales y de relación) capaces de generar nuevos estilos de vida (White, 1994).

Después de una inasistencia al proceso Silvana regreso totalmente distinta, comentó momentos de reconocimiento personal acerca de las cosas que hacía, mencionó haber puesto en práctica un proyecto postergado por años para embellecer su jardín; en su trabajo como asistente de una doctora estaba aprendiendo (como siempre había querido) y estaba en contacto con mujeres de distintos niveles económicos, pero el logro aún más significativo era que ya no esperaba la aprobación de los demás, ahora ella hacía lo que le gustaba. Finalmente Silvana encontró una narración libre del problema, que tampoco requería más del medicamento para la depresión, el cual dejó gradualmente con la prescripción de su psiquiatra. Su nieto Alejandro se había mudado con su padre y Silvana lo había tomado muy bien, sabía que tanto él como David contaban ahora con herramientas para estar bien y que en caso de ser nuevamente maltratados podían denunciarlo y salir de esa situación; su relación con su hija Paola también se había modificado, por lo que Silvana reconoció haber logrado sus objetivos, manifestando estar tranquila y gustosa, no al extremo, sino como ella deseaba estar.

### **Comentarios y reflexiones**

El trabajo terapéutico con Silvana fue enriquecedor, en primer lugar porque me llevó a reflexionar sobre la importancia de no anteponer un modelo terapéutico en las personas, sino mantener el conocimiento teórico al servicio de los pacientes. Asimismo, me permitió reconocer la importancia de la postura ética siempre puesta al servicio del bienestar de las personas, bajo el sustento teórico que fundamenta las intervenciones de un terapeuta profesional. Así como reconocer que un modelo terapéutico es una manera de comprender un problema llevado a terapia y por lo tanto una forma de intervenir sobre él. En otras

palabras “el mapa no es el territorio”, es simplemente una forma de puntuar que nos permite un lente con el cual observar y actuar.

Un aspecto que se dificultó en el caso de Silvana fue observar los cambios alcanzados en las primeras intervenciones, ya que esperaba un gran cambio. Sin embargo eso me permitió reflexionar en la importancia que se le debe otorgar a los pequeños cambios (o cambio mínimo) como una vía para el éxito terapéutico. Asimismo me sorprendió que a pesar de que Silvana reconocía avances en su proceso no aceptó dar por concluida la terapia y decidió probar si esos cambios se conservarían si dejaba de tomar el medicamento para la depresión con el consentimiento de su psiquiatra. Implicando una especie de segunda etapa que se trabajó desde las terapias posmodernas.

Asimismo, el tema de género fue un aspecto que me llevó a considerar que la equidad de género no está peleada con la maternidad, ni significa ser una mujer ajena de la preocupación de la familia, la pareja y los hijos. La perspectiva de género es un eje temático implícito en toda terapia, en el que no sólo deben ser cuestionadas las ideas estereotipadas socialmente del ser un hombre y ser mujer, sino también las ideas feministas, a fin de desarrollar un proceso respetuoso, que permita mayor diversidad en las relaciones entre hombres y mujeres, al tiempo que no imponga ideas del terapeuta.

Por otra parte, el trabajo en coterapia me permitió desarrollar conversaciones en las que pude expresar ideas similares u opuestas a mi colega, sin que ello generara un problema para el proceso. Por último, las sesiones con Silvana me obligaron a investigar sobre temas de dominio cultural, ya que por ser una mujer muy culta en la mayoría de sus relatos hacía referencia a un dato literario, un hecho histórico o un movimiento social, incluso ella implementaba sus propias metáforas. Por lo que considero que los conocimientos culturales y el interés artístico deben ser desarrollados en la persona del terapeuta como un recurso útil en la terapia.



**1.2. Análisis y discusión de un tema, caso de familia o modelo terapéutico que sea pertinente a los casos de las familias consultantes**

**Construyendo la diversidad de género:**

**Un camino de múltiples posibilidades en la Terapia Familiar Sistémica**

En los años 70 el feminismo académico anglosajón impuso el uso de la categoría de género con la pretensión de diferenciar construcciones sociales y culturales de la biología (Lamas, 1986). El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos. Se considera una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos (Molina, 1992) asignados a las personas a partir del sexo.

El género determina el hacer del sujeto en el mundo, su deseo, subjetividad, identidad, intelectualidad, la afectividad, los lenguajes, las concepciones, los valores, el imaginario, las fantasías, sentido de pertenencia, bienes, poder y sentido de vida.

Aunque género y sexo muchas veces se confunden en su significado, el segundo hace referencia al conjunto de órganos genitales, características anatómicas y fisiológicas que permiten la distinción entre machos y hembras (Oakley, 1977; Troncoso, 1996). Para Cazés, (1998) el sexo presenta tres dimensiones relacionadas entre ellas, cada uno con su propio movimiento, y las tres vinculadas en dinámicas con características diferentes a lo largo de la vida de las personas:

1. En su dimensión genética el sexo se define por la presencia de los cromosomas XX (características femeninas) o XY (masculinas).
2. En su dimensión hormonal, el sexo resulta de la predominancia de estrógenos (hormonas femeninas) o de andrógenos (hormonas masculinas), en la combinación que de unos y otros se presentan en los seres humanos.
3. En su dimensión gonádica, el sexo se define por la presencia de testículos y pene (genitales masculinos) u ovarios y vulva (genitales femeninos), es decir por la morfología de los órganos reproductivos internos y de los genitales externos.

Actualmente la biología y las ciencias médicas, realizan diferencias entre el sexo cromosómico, gonadal, hormonal, anatómico y fisiológico y, aunque se ha reconocido que estos niveles de diferenciación sexual pueden tener efectos diversos, incluso psicológicos (por ejemplo en cuanto a la preferencia sexual), pueden y deben distinguirse de las

atribuciones que la sociedad establece para cada uno de los sexos individualmente constituidos (Troncoso, 1996). No obstante, el sexo en sí mismo no tiene implicaciones sociales, culturales ni históricas. Únicamente define la existencia de un ser, no de una persona; de un hombre o de una mujer (Cazés, 1998).

Por lo regular definimos el sexo como una diferencia biológica que no determina necesariamente los comportamientos, mientras que el género es aquello que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, aquello que como *construcción social* se considera femenino o masculino.

De este modo la construcción y diferencia del género se vuelven un principio universal de vida, que se manifiesta tanto en la psique individual como en las ideologías de una sociedad (Young, 1984).

La adquisición de género es un proceso de aprendizaje social, siendo la familia el primer lugar donde se gesta la categoría relacional del género. Bustos (2001) enfatiza el rol que juega la familia en el trato diferenciado para niños y niñas desde recién nacidos. Desde antes del nacimiento los padres, familiares y hasta los mismos hospitales ya establecen expectativas, actitudes y comportamientos de cómo serán tratados. Ropa y enseres de color azul para niños y de color rosa para las niñas, asignándoles al mismo tiempo un rol de género, lo cual da inicio al proceso de aprendizaje de acuerdo a su género.

Desde muy temprano, la familia va estimulando en niños y niñas los valores y creencias de forma diferenciada, de tal manera que ellos logran tanto una identidad como un rol de género. En primer lugar, el aprendizaje que por imitación realizarán, serán los roles de padre, madre, esposo y esposa los cuales están condicionados por las normas sociales, de modo que las expectativas que tiene la sociedad sobre sus roles se verán cumplidas cuando las asumen. En un segundo plano, las diferentes actividades asignadas a niños y niñas también se ven reforzadas dentro del núcleo familiar, a las pequeñas les darán tareas relacionadas con el hogar, como servir, limpiar o atender a otros, mientras que a los pequeños se les encomiendan tareas de competencia que les permiten tener un mayor control sobre el exterior. Un tercer aspecto es el aprendizaje de los roles jerárquicos diferenciados para hombres y mujeres, *autoridad y sumisión* respectivamente, así como la posición de las mujeres en relación con los hombres en los medios sociales, religiosos,

económicos, políticos, etc. De esta manera se van delimitando las funciones para cada sexo, que son las expectativas sociales esperadas (Herrera, 2000).

Socialmente la mujer es la principal cuidadora y educadora del comportamiento de los hijos, de esta manera las niñas se desarrollan en relación a alguien como ellas. Mientras que en los hombres se promueve la construcción de su identidad por medio de la experiencia de la diferencia. Esta diferencia de género les hace posible desvincularse de su figura materna (Castañeda, 2002).

El *género* es una categoría muy compleja que comprende: la *atribución del género*; es decir la rotulación que se hace a un bebé cuando nace, se le etiqueta como de sexo femenino, o de sexo masculino; la identidad de género la cual está constituida por los factores biológicos como psicológico y se subdivide en el núcleo de identidad y la identidad propiamente dicha; finalmente el *rol de género* es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado” basándose en lo que experimenta social y culturalmente desde que se le asigna una categoría sexual (Bleichmar, op.cit).

La identidad genérica varía de acuerdo a la cultura en la que se desenvuelven las personas, en cada momento histórico; sin embargo el núcleo de la identidad de género proviene de la percepción despertada naturalmente por la anatomía y fisiología de los órganos genitales; De la actitud de padres, hermanos y de los pares en relación al género del niño; y de una fuerza biológica cuyo poder para modificar la acción del medio es relativo” (Bleichmar, 1991).

Beauvoir (1988) afirma que el género es una elección en el sentido de la aceptación de su género en forma voluntaria. La aceptación al género es un acto sutil y laborioso, no se asume de inmediato sino que se va generando en el tiempo y generalmente se desarrolla de forma encubierta. Este desempeño de género se da en función de la cultura, establecemos el género de acuerdo a las normas de género socialmente establecidas, si nos salimos de la norma, seremos estigmatizados por el medio. De hecho seguir las normas o desviarse de ellas implica una limitación para la aceptación o el rechazo social.

Sin embargo, Stewart y Mc Dermott, (2004) manifiestan que el género implica la dotación de un *estatus social* que a su vez se encuentra estrechamente vinculado a relaciones de poder.

De esta forma surgen los Estereotipos, *los cuales son el sistema de creencias compartidas acerca de los grupos de hombres y de mujeres en general o sobre las características de masculinidad y feminidad por ellos desarrolladas*” (Barberá, 2005). Bleichmar, (op cit) define el estereotipo como “un conjunto de presupuestos fijados de antemano acerca de las características positivas o negativas de los comportamientos supuestamente manifestados por los miembros de una clase dada”. Los estereotipos son en parte exageraciones de la realidad, pero que debidamente acuñadas sirven a las personas para orientarse socialmente y tener referentes de los desconocidos.

Los estereotipos del rol femenino poseen ciertas características que son consideradas positivas si las desempeña una mujer, pero que dentro de la sociedad son minusvaloradas por pertenecer a lo femenino, como la pasividad, la dependencia, el temor, y que inequívocamente se encuentran asociadas a la expresión de lo biológico, pues el movimiento feminista se ha encargado de reivindicar las atribuciones que se hacen a roles y estereotipos. En contraposición, los estereotipos del rol masculino se encuentran asociados también a características positivas si son desempeñadas por un varón, como al valor, la agresividad, la fuerza, y de la misma manera son consideradas erróneamente como una expresión de lo biológico. Es decir, lo masculino y lo femenino tienen adscritos diferente valor, mayor o menor, dependiendo de si se es hombre o mujer. Desafortunadamente, una vez que las personas adquieren el rol apropiado a su género lo desempeñan de acuerdo a lo socialmente aceptado, como si fuera lo “natural” de cada sexo.

Gracias a la influencia normativa y a la informativa, provenientes del contexto social, es que se mantienen estos mandatos. La normativa proviene de las situaciones en que aceptamos ciertas normas para evitar el rechazo o el castigo social, la aplicación de estas normas se presentan desde la infancia. Promueve modelos de comportamiento a seguir, los cuales van a limitar a hombres y mujeres a través de la presión social, les prescribe “lo que deben ser” y “lo que deben hacer”. La influencia informativa se genera desde los modelos sociales a los que estamos expuestos, con lo cual creamos una nueva visión de la realidad.

### La construcción de la identidad femenina y masculina

La constitución de la identidad de una persona es una construcción compleja, depende en gran medida de sus intercambios conscientes e inconscientes en relaciones intersubjetivas con su ambiente a lo largo de su historia de vida. Su contexto socio-familiar le proporciona una serie de premisas, reglas, creencias, mandatos y normas que, al ser interiorizadas por medio de experiencias y aprendizajes significativos, pasan a formar parte de su identidad. De tal forma que los significados que le atribuya a su experiencia, la persona organiza y estructura su ser, su hacer, su pensar sobre sí misma y sus relaciones con los otros.

La identidad de los sujetos se conforma a partir de una primera gran clasificación genérica. Las referencias y los contenidos genéricos, son hitos primarios de la conformación de los sujetos y de su identidad (Lagarde, s/f). El grupo familiar es el que transmite a cada hombre o mujer una serie de actitudes, comportamientos, maneras de pensar, lenguajes, estereotipos, valores y costumbres que se reconoce como “propios”. La construcción de las identidades personal y colectiva está regida por el orden social. Su función es mantener el dominio de los sujetos mediante la imposición y naturalización de ciertos patrones de comportamiento y de consumo para ambos géneros (Mejía Hernández, 2006). Dentro de este orden social es que se dicta el modelo a seguir en la construcción de la identidad femenina.

En el interior de muchas familias, se define a la mujer como *un ser para otros*; la protectora-responsable del desarrollo socioafectivo de los demás. La que “lo da todo a cambio de nada” y por tanto, “debe” verse y juzgarse a sí misma como “buena o mala” en función de cumplir dicho mandato; el resultado es una identidad que pretende ser “objetivamente femenina” pero que termina por ser un estereotipo útil para preservar el control del género femenino (Mejía Hernández, 2006). La identidad entonces definida por el qué, el cuánto, el cómo *los otros* tienen el sujeto y, por lo que no posee de *otros*. La identidad remite al ser y su semejanza, su diferencia, su posesión y su carencia (Lagarde, s/f). En la mujer, su objetivización se denota en que ha sido educada con miedo y negación como formas de control sobre ella; como el temor femenino se extiende al autoconocimiento y su identidad se suple con clichés socialmente aceptados, que cambian según la época y grupo social (Mejía Hernández, 2006). Esta construcción estereotipada no le permite a la mujer reconocer sus propias emociones, deja la toma de decisiones en manos de quien ella percibe más fuerte y con autoridad sobre ella.

### Violencia de género

La construcción social de género da sustento a la violencia de género y ésta se establece como natural en los roles de género de forma continua y cotidiana, permitiendo que el hombre mantenga una posición de dominio y la mujer una posición subordinada que se asume sin ser cuestionada, ya que los sujetos no tienen conciencia de ello, siendo por ello una violencia invisible (Barbera y Martínez, 2004; Dorola, 1992; García-Moreno, 2000).

De acuerdo a Dorola (1992) la violencia invisible es inherente a la constitución familiar, se halla entramada en los roles atribuidos a la mujer que se desconocen como socialmente construidos por la cultura. Para Bordieu (en Fernández, 2005) esta forma de violencia no hace uso de la coacción física, se ejerce mediante el uso del poder simbólico que impone la visión del mundo social como legítima en los dominados y en los dominadores. Por ello, suscita el consenso de los sujetos en la reproducción del orden social establecido. Su legitimación está sustentada en los saberes o discursos hegemónicos tradicionales de la ciencia, política y religión que configuran las subjetividades de las personas y dan sentido a su actuar, lo que implica un conocimiento (de los discursos sociales) y un desconocimiento (de la violencia simbólica infringida).

En este sentido, se considera que los valores de la cultura patriarcal, los hábitos sociales y el imaginario colectivo inciden en la desigualdad en las relaciones entre mujeres y hombres. Esta desigualdad, fundada en una imposición normalizada de “cómo deben ser” las relaciones, es interiorizado en la familia, de tal manera que sus miembros la asumen como natural y la viven de forma cotidiana (Barbera y Martínez, 2004; García-Moreno, 2000).

Los roles de la mujer la sitúan en un lugar de subordinación debido a que tratan sobre responsabilidad, cuidado de otros y trabajo doméstico. El trabajo doméstico, por ejemplo, no conlleva a un prestigio social y mucho menos a un pago, por el contrario, dificulta las actividades remuneradas al aislar a la mujer, limitar su desarrollo en otras áreas o saturarla con la doble jornada (imposibilidad para desligarse de las actividades del hogar). La subordinación y desigualdad en la esfera pública se traduce en menores salarios, cargos prohibitivos, desvalorización, entre otros (Dorola, 1992). Todo este complejo de ideas y acciones que generan la desigualdad y dominio del varón constituyen la violencia

relacionada al género que la mayor parte del tiempo es invisible y que en sus extremos llega feminicidio (Barbera y Martínez, 2004).

### **El construccionismo social como vía para reflexionar el invite político del sistema de género**

Ahora bien, si consideramos que el género es una construcción social, podemos además considerar al construccionismo social como una vía para construir, de-construir y co-construir al género en un espacio más diversificado, que contenga múltiples posibilidades de ser y estar en el mundo. Por ello es importante retomar que para el construccionista social, las teorías sobre la acción humana no se desarrollan ni se derivan de la observación, sino que nacen de los intentos colectivos que hacemos para interpretar el mundo (Gergen, 2006).

La creciente toma de conciencia de la construcción ha surgido de la multiplicidad de las realidades y los códigos morales que la tecnología moderna ha hecho accesibles (Gergen, 1992).

El saber tiene un origen social, pues nuestra concepción del conocimiento del mundo y del yo tiene su origen en las relaciones humanas. El construccionismo social, despoja de un poder retórico a todos aquellos que proclaman la verdad; invita a adoptar una actitud de curiosidad infinita, a mantenernos abiertos a lo que cada tradición aporta de la riqueza y combinaciones impensadas. Asimismo reconoce la influencia central del lenguaje en la forma en que las personas participan en el mundo, así como el aspecto político del saber. Propone que todo cuando consideramos real, verdadero, bueno, válido y deseable surge de un proceso de coordinación en donde se considera el contexto cultural y época histórica (Gergen, 2006).

En el marco de construccionismo social, el abordaje de las narrativas es la corriente que más explícitamente reconoce las implicaciones culturales de la construcción social, ya que es a través del lenguaje es que conocemos y conformamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad. Mantener una actitud basada en el construccionismo motiva a examinar nuestras construcciones e historias y decidir cuidadosamente como actuar con ellas (Rodríguez, 2002).

Las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y al interactuar con otros en la representación de esos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones (White y Epston, 1993).

White (1994) retoma el concepto de la deconstrucción planteada por Bourdieu, sin embargo, la refiere en otros sentidos pues plantea: la deconstrucción del relato del yo y los conceptos culturales dominantes de conformidad con los cuales viven las personas; la deconstrucción de prácticas del yo y de su relación, prácticas que son predominantemente culturales y la deconstrucción de las prácticas discursivas de la cultura.

White y Epston, (1993) mencionan que las personas somos ricas en experiencias vividas, sólo una fracción de esas experiencias se relatan y expresan en un momento determinado, gran parte de esa experiencia vivida queda fuera del relato dominante. Eso que queda fuera de dicho relato, constituye una fuente de riqueza para la regeneración de relatos alternativos. Aquellos relatos que están fuera del dominante, es lo que Goffman (en White y Epston, 1993) denomina acontecimientos extraordinarios.

White, (1994), propone que para que las personas logren reescribir sus relatos, se puede deconstruir: 1) la deconstrucción del relato; 2) la deconstrucción de las prácticas modernas del poder y; 3) la deconstrucción de las prácticas discursivas.

*Deconstrucción del relato.* Se hace por medio de la externalización del problema, a través de la exploración de la influencia del problema en la vida y relaciones de la persona. La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones (White y Epston, 1993). Se exploran los logros aislados e historias alternativas, haciendo uso de las preguntas relativas al panorama de acción y de conciencia.

*Deconstrucción de las prácticas modernas del poder.* Se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con las prácticas de poder familiares. Se inicia pidiendo a las personas que den cuenta de los efectos que dichas prácticas tienen en su vida.

*Deconstrucción de las prácticas del saber.* La postura del terapeuta es la de contribuir a deconstruir su propio saber.



Los diálogos construccionistas dan preferencia a cuatro movimientos importantes de la orientación terapéutica: la flexibilidad, la toma de conciencia de la construcción, la colaboración y la práctica en conformidad con valores importantes (Gergen, 2006).

En este sentido y si retomamos la noción de género, podemos hablar de un “construir el género” (doing gender) e incluso re-construir, que consiste en llevar a cabo actividades desarrolladas por mujeres y hombres basadas en las exigencias sociales, partiendo del hecho de que el género es producto de construcciones sociales históricas que reavivan en la interacción social.

Goffman (en West y Zimmerman, 1987) observa que cuando los seres humanos interactúan con otros en su medio ambiente, asumen que poseen una “naturaleza esencial” que puede percibirse en los signos naturales que ellos emiten y expresan. La feminidad y masculinidad se consideran como prototipos de una expresión esencial, de algo que puede ser transmitido en cualquier situación social y que sin embargo atañe a la caracterización más básica del individuo. También las manifestaciones de género (gender display) son conductas altamente convencionales, estructuradas como intercambio (del tipo declaración-respuesta) entre dos partes, en el que la presencia o ausencia de simetría puede establecer vínculos de sumisión o dominación.

Ante este aspecto podemos retomar las repercusiones del sistema de género que impone una diferencia que se observa como naturalizada bajo un argumento relacionado a la diferencia biológica. Esta asimetría que atañe a la sumisión- dominación da cuenta de la violencia invisible que se vive en las relaciones entre hombres y mujeres. Y cuando la violencia simbólica logra el apego de sujeto a roles genéricos estereotipados, queda devastado el proceso de individuación de su identidad. Frases como: “no hables con extraños”, “desconfía de la gente”, “un clavo saca a otro clavo”, “las mujeres decentes no se separan de sus maridos”, entre otras, son parte de lo dicho a hombres y mujeres en su corta edad y que, finalmente, contribuye a que desarrollen una visión polarizada de lo bueno y lo malo, lo rechazado y lo deseable tanto de su comportamiento como de comportamiento del sexo opuesto (Mejía Hernández, 2006).

En este sentido observamos como el lenguaje cobra un papel determinante en la conformación del mundo de las personas y en su modo de vivir conforme a esa realidad

construida a través del lenguaje. Retomando a Foucault en su presupuesto de saber como poder, podríamos mencionar al sistema de género como presente en los discursos sociales y cómo a través de ellos, el hombre y la mujer se conforman. Wittgenstein por su parte refiere que estamos en el lenguaje, lo que de alguna manera implica un lugar en el mundo, una posición de acuerdo a los discursos sociales.

Sin embargo, cuando los discursos dominantes totalizan la vida de una persona la limitan y se genera un malestar. El sistema patriarcal por ejemplo, está presente de forma sutil en las relaciones sociales. Al respecto, Silvia Scheider (2008) relaciona el concepto de violencia simbólica con las denominadas microviolencias o micromachismos, ya que son formas de sumisión que difícilmente se perciben y se apoyan en expectativas colectivas. Los micromachismos son definidos por Luis Bonino (1999) como prácticas de dominación de la vida cotidiana que atentan contra la autonomía personal de la mujer. Son violencias casi imperceptibles, realizadas por muchos varones que están relacionadas con mandatos culturales que controlan y avisan de la posición de superioridad en el hombre como si fuera una situación natural (Ruiz y Blanco, 2004). Algunos ejemplos de formas en que se presentan son:

- El varón no se responsabiliza de labores domésticas y delega a la mujer actividades relacionadas al “cuidado de los otros” saturándola de múltiples roles: madre, esposa, asistente, secretaria, administradora, etc.
- Implican la imposición de verdades masculinas y el forzamiento de la disposición de la mujer, coartando los deseos de ella. El varón puede controlar las reglas de la relación creando una falta de intimidad, llevando a la mujer a estar para cuando él lo requiere. Asimismo, puede descalificarla, devaluarla o culparla cuando ella no accede a las imposiciones, o bien, él puede justificarse minimizando sus errores o haciéndose el tonto a fin de no responsabilizarse de actitudes injustas.

La presencia reiterada de estas expresiones crea un clima de agobio y toxicidad que va coartando la identidad y autonomía personal de la persona que la padece, generando efectos en la salud, tales como fatiga crónica, deterioro en la autoestima, disminución del poder personal, ineficacia en el pensamiento, falta de un proyecto de vida, estados depresivos, ansiosos, entre otros (Ruiz y Blanco, 2004).

Scheider (2008) considera que al tratar el tema de la “microviolencia simbólica”, debe contemplarse que esta se ejerce en el espacio simbólico, por lo que el lenguaje, a través de discursos sociales, juega un papel determinante para el que propone tres ejes de análisis donde estos se despliegan:

1. Lenguaje policial periodístico. Este eje considera que los titulares en periódicos y noticieros naturalizan e invisibilizan la violencia al denominar los asesinatos de mujeres como crímenes pasionales que se relacionan con ideas de amor y falta de control que disfraza la acción violenta contra la mujer y que de acuerdo a las legislaciones a nivel internacional tendrían que nombrarse como femicidio.
2. Lenguaje de los textos escolares. Los discursos que se manejan en los textos escolares son otra forma de microviolencia que impone roles socialmente asignados a la mujer y promueve profesiones relacionadas a los valores femeninos (maestras, educadoras, dentistas, enfermeras).
3. Lenguaje visual de la publicidad televisiva. Los estereotipos femeninos manejados por la televisión son otra forma de microviolencias que remarcan el rol femenino de maternidad y polarizan la mujer madre de la mujer objeto (deseable). De esta manera promueve la idea de que existen mujeres para casarse y mujeres eróticas con las que se puede fantasear, justificando con ello la infidelidad masculina. Asimismo, los productos publicitados atribuyen valores deseables en la mujer: limpieza, cuidado del hogar, maternidad, entre otros.

Estos ejes permiten hacer visibles las construcciones sociales que generan desigualdad y colocan a la mujer en una posición desventajosa y que de igual manera en el hombre crean diversas repercusiones, a pesar de estar en una posición aparentemente ventajosa. Ante estos discursos hegemónicos se requieren contra prácticas discursivas o micro discursivas que impidan caer en estas trampas del lenguaje y que hagan visible el poder simbólico hasta ahora ejercido.

Por ellos, dentro de la Terapia Familiar, se ha incorporado la crítica de la visión feminista y se ha asumido una visión consciente sobre la relación que guarda el género y el poder entre las relaciones entre hombres y mujeres , asumiendo así una postura sistémica y feminista (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990; Goodrich, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991), a partir de la cual se entiende que el maltrato hacia la mujer es uno de

los extremos de la estructura patriarcal que ha promovido desequilibrios entre los géneros, estableciendo estereotipos de lo que “debe ser un hombre y lo que debe ser una mujer (Barbera y Martínez, 2004).

Las aportaciones del feminismo a la Terapia Familiar, han contribuido al análisis del papel del terapeuta en la terapia al visibilizar las construcciones sociales de género y no permitir que estas sean asumidas de forma naturalizada, evitando con ello la reproducción de la desigualdad en las relaciones entre hombre y mujeres, dentro (y fuera) del proceso terapéutico y en contribuir en la idea de una familia “normal” o estereotipada que limita los roles de los miembros de la pareja (Goodrich, 1989).

Florinda Riquer (1992, en Mejía Hernández, 2006), propone que para deconstruir la idea predominante que se tiene sobre la identidad femenina es necesario indagar acerca de las posiciones que cada mujer ha ocupado en diferentes contextos a lo largo de su vida, así como quiénes han intervenido en la interacción y qué tipo de información está asociada a las normas y valores que circularon entre ellos.

La diversidad en el “ser mujer” y “ser hombre” adquiere relevancia, pues de ello implica nuevas formas de relación entre mujeres y hombres y con ello nuevas posibilidades de estar en el mundo. De ahí que los cambios esenciales en la identidad genérica de las mujeres se plasman en mujeres con deseos propios de existencia, de hacer, de poseer, de reconocimiento, de saber, de creación y de fundación, también con los deseos de bienestar y trascendencia (Burin, 1989). Sin embargo los cambios no sólo se requieren en la identidad femenina a la que tanto se hace énfasis, sino también en la aceptación de múltiples masculinidades que cuestionen los discursos dominantes que apelan a una sola forma de “ser hombre”. Reflexionar sobre los saberes social e históricamente construidos que conforman el sistema de género hará posible su de-construcción y la co-construcción de identidades femeninas y masculinas diversas.

Mientras más se gana en experiencia vivida en el protagonismo, en la autonomía, en el poder como afirmación, mientras más se toma la vida en las manos, más se define cada mujer como sujeto de su propia vida. YO es el sujeto de su propia vida. Para las mujeres realmente existentes, eso significa vivir la tensión entre *ser objeto* (Beavoir, 1948) y *ser-para-sí-mismas-para-vivir con-los-otros*.

### 1.3. Análisis del sistema terapéutico total

La Terapia con orientación sistémica, además de ser un modelo innovador que se distingue por sus aportaciones teóricas centradas en el aspecto relacional, contempla el trabajo con un equipo de terapeutas que conforman un sistema mayor que favorece niveles de recursión en los distintos subsistemas que conforman el sistema total. Dentro del trabajo terapéutico el contexto adquiere gran relevancia, para la comprensión y abordaje de la familia que acude a consulta. El terapeuta como observador del sistema se convierte en parte del mismo, lo que limita su comprensión y le conduce como alternativa a tomar una postura de autoreflexión. Asimismo, se piensa que todo sistema se encuentra interrelacionado con al menos dos subsistemas y un sistema mayor (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985). En este sentido el equipo terapéutico desempeña una función importante, al ser observador de los procesos que acontecen en el sistema conformado entre el terapeuta y la familia, que se ven reflejados en las ideas sobre los fenómenos observados.

El esquema 1 muestra los sistemas conformados en un proceso terapéutico y las entradas y salidas de información que constituyen la cibernética de segundo orden.

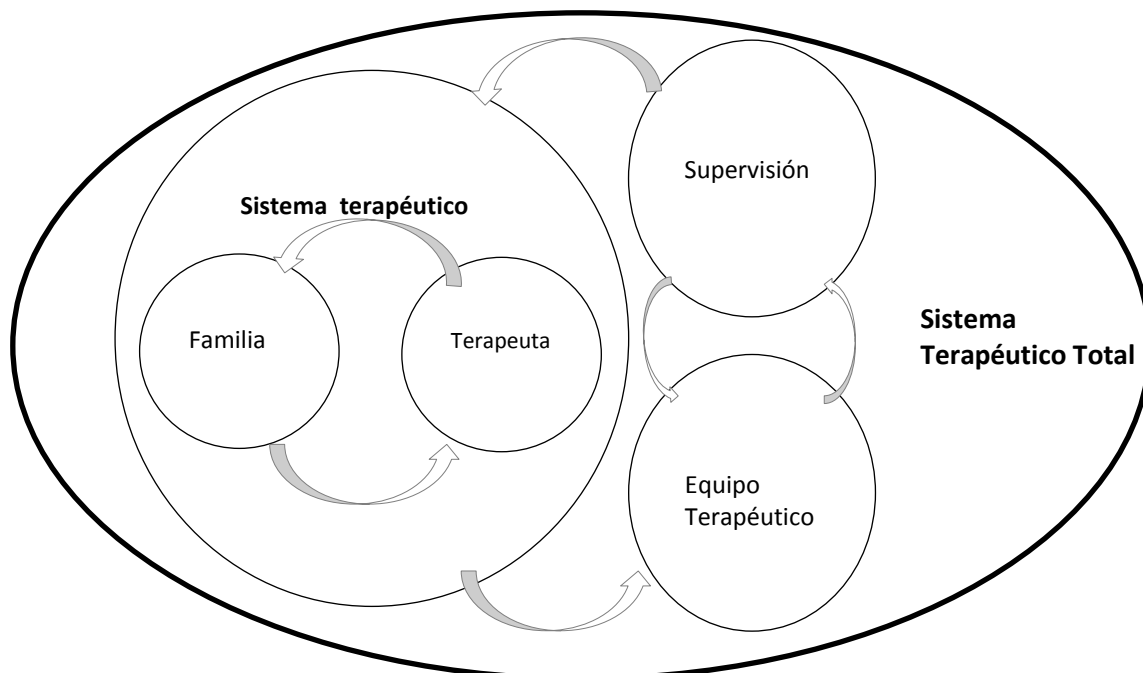


Figura 7. Recursividad del Sistema terapéutico total

Desde la cibernética de segundo orden, el terapeuta ya no es quien describe al sistema “tal cual es desde afuera”, sino es alguien que “co-construye al sistema del que él también es participe”, más aún, el terapeuta mismo emerge como tal, a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, genera, co-genera en dicha participación (Von Foerster, 1996). Por lo que se habla de sistemas observantes, en donde tanto el terapeuta como el equipo terapéutico total constituyen sistemas que generan y co-generan información en términos de diferencia y de pauta en el que manifiesta un proceso de aprendizaje.

Retomando esta idea, en cada una de las sedes de formación como terapeutas se implementó el trabajo con equipo terapéutico y supervisión en vivo, o bien sin equipo pero con supervisión narrada, en donde se consideró el aspecto autoreferencial del terapeuta. De manera general, el sistema terapéutico estuvo conformado por 11 terapeutas y un terapeuta titular, aunque en ocasiones se trabajó en co-terapia. El sistema terapéutico se construyó desde las primeras prácticas, bajo un contexto de respeto y libertad.

Aunque en un inicio las aportaciones del equipo tendían más hacia una cibernética de primer orden, debido en parte a nuestra inexperiencia de trabajo con esta modalidad y en cierta medida a los supuestos que establecían los modelos directivos. Posteriormente fuimos tendiendo a una participación en donde la reflexividad y reconocimiento de sujetos observados, nos permitió mayor libertad de hacer aportaciones desde diversas perspectivas y retomar más ideas que enriquecían el proceso terapéutico, llevándonos a una visión más amplia y aspectos antes no considerados.

Comentarios, preguntas y otras modalidades de información permitieron generar nuevas reflexiones entre los miembros de la familia y las personas que integrábamos el equipo terapéutico, de tal manera que constituyeron cambios que favorecieron el proceso de las familias y nutrieron estilos de hacer terapia.

Las interrupciones de los supervisores y las pausas me permitieron mantener una postura de autorreflexión, en las que analizaba mi papel como terapeuta, la forma de relacionarme con la familia y la utilidad de mis intervenciones, mis ideas y mis prejuicios, lo cual contribuyó a mi capacidad de analizar desde dentro y fuera del contexto terapéutico y crear

preguntas más que respuestas útiles para guiarme, así como posibles ideas, comentarios y preguntas a la familia que pudieran introducir información en términos de diferencias.

Cabe señalar que el equipo retomó a su vez, el feedback por parte del terapeuta titular, mostrando un respeto por la elección de la información utilizada, siendo cuidadoso en no imponer ideas o verdades, sino más bien aportando ideas que ampliaran la visión del terapeuta y evitando obstruir el proceso. En este sentido considero que de manera general me sentí acompañada.

### **2. Habilidades de investigación**

Parte de las competencias a desarrollar en la Residencia en Terapia familiar consistió en favorecer la implementación y aplicación de proyectos de investigación dirigidos a resolver problemas relacionados al campo de la psicología utilizando la metodología cuantitativa y cualitativa. El desarrollo de estas habilidades contribuyó a la capacidad para construir proyectos de investigación aplicada, considerando el conocimiento multidisciplinario, a fin de ofrecer aportaciones significativas al campo de conocimiento de la psicología, útiles para la comprensión de problemáticas o procesos de intervención.

De acuerdo a lo anterior durante la formación en la residencia se llevaron a cabo dos investigaciones, una bajo la metodología cuantitativa y la segunda utilizando el acercamiento cualitativo, por considerarlo más adecuado y enriquecedor para el estudio que pretendimos hacer.

#### **2.1. Reporte de investigación cuantitativa**

##### **Elaboración de la “Escala de Indicadores Para Establecer Relaciones de Pareja”**

Bollas, B., Larrieta, V. y Muñoz, L.

##### **Resumen**

En los últimos años se ha incrementado el número de mujeres que permanecen sin una relación amorosa. Se ha observado esto como producto de experiencias negativas en relaciones anteriores, divorcios e influencia social. Sin embargo, se mantiene en las mujeres el deseo de vivir en pareja, por lo que el presente artículo plantea el desarrollo de la “Escala de Indicadores Para Establecer Relaciones de Pareja”, el cual tiene como objetivo medir el efecto de las creencias y habilidades que favorezcan o impidan en las mujeres establecer una relación de pareja. La escala se aplicó

a 300 mujeres de la ciudad de México, de las cuales 150 tenían al menos dos años involucradas en una relación de noviazgo, y las 150 restantes tenían al menos un año sin una relación de pareja, independientemente de su estado civil. La escala quedó conformada por 33 ítems y demostró tener validez y consistencia interna obteniendo una  $\alpha$  de 0.78, por lo que podría ser útil para focalizar el trabajo clínico dentro del consultorio.

**Palabras clave:** soltería, prejuicios, relaciones de pareja, habilidades de seducción.

Alrededor de la soltería circulan mitos de que tratan de dar cuenta el por qué una persona permanece sin pareja. Los mitos son construcciones sociales transmitidas por medio de la opinión pública, que suelen introyectarse en los individuos de manera imperativa, obligada y difícilmente rechazable (Gil Calvo, 2000). En la sociedad esas construcciones se vuelven esclavizantes, generan ideas, expectativas y juicios de valor inalcanzables, por lo cual las personas que quedan bajo su yugo viven en constante frustración y sufrimiento.

Algunos estudios sobre soltería en otros países reportan que los principales mitos que subyacen a los solteros se relacionan con personas apegadas a sus padres, individuos egoístas, nivel de status económico elevado, mitos de que los solteros son más felices, más libres y que tienen más tiempo de ocio (Kaufman, 1993).

Estudios en México revelan que el número de mujeres jóvenes que permanecen solteras ha ido incrementando. Datos estadísticos, reportaron en el 2002, siete millones de mujeres entre 20 y 59 años que se encontraban sin pareja (INEGI, 2002). Parte de la población femenina ha ido postergando la vida en pareja, ya que han preferido dar prioridad al desarrollo educativo y laboral, otras a pesar de desear establecerse en pareja no han podido hacerlo. En el año 2008 se estimó que de las personas sin pareja el 54.4% son viudas, 33.3% separadas y 12.3% divorciadas, de las cuales es importante destacar que de cada 4 personas viudas, separadas o divorciadas, 3 son mujeres. En el país, las personas solteras de 20 a 29 años representan un 27.7% de la población y 16% tiene 30 años o más; lo anterior muestra que de cada 100 solteros, 84 tienen menos de 30 años de edad. En el estado de Querétaro se presenta el mayor índice de soltería, mientras que en el D.F., concentra la mayor parte de mujeres divorciadas o viudas (INEGI, 2008).



Para algunos autores la soltería se explica como resultado de una elección o una circunstancia que los obliga a permanecer así. Las distintas motivaciones de las solteras por elección refieren personas: *convencidas y satisfechas de serlo* (Pasini, 1996); *atraídas por una vida de más calidad y libertad* (Giddens, 1995); *autosuficientes; libertinas* (Giroud y Lévy, 2000); *rebeldes; itinerantes; religiosas, y neosolteras*, es decir, personas desenvueltas, seguras de sí mismas y cultas (Alboroch, 1999).

Por otra parte, los solteros a la fuerza se mantienen en lucha constante ante la presión social de ser etiquetados, pues no encuentran “quien los quiera” y como mecanismo de defensa utilizan la racionalización a manera de sobrellevar la presión. Entre ellos se ubican solteros: por *temor al compromiso* (Carter y Sokol, 1996), *sufridores*. (Lamourere, 1988), *esperanzadores, fatalistas* (Neuburger, 1998), *resentidos, calculadores, nostálgicos y solteros retardados* (personas que han establecido relaciones pasajeras que incrementan sus habilidades de amante).

Dada la escasa investigación en México sobre el fenómeno de soltería en mujeres adultas, se hace necesario contar con un instrumento que proporcione una evaluación confiable de algunos indicadores que dan cuenta del mantenimiento de la soltería en mujeres mexicanas.

En este sentido la Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja tiene como propósitos:

- Determinar cuantitativamente los indicadores relacionados con el fenómeno de soltería en mujeres adultas en edades de 25 a 50 años de edad, es decir, esclarecer las situaciones que influyen para que una mujer no establezca pareja.
- Proporcionar a los profesionales en el área de salud (investigadores, psicólogos, terapeutas familiares) y mujeres, un instrumento que les permita conocer el nivel de habilidades relacionadas para establecer relaciones de pareja.
- Proporcionar a los profesionales de la psicología una evaluación cuantitativa que facilite el desarrollo de un plan de intervención en mujeres que acuden a terapia o grupos de apoyo con conflictos relacionados a la dificultad para establecer pareja.
- Facilitar en las mujeres en soltería conocimiento sobre los aspectos que les impiden establecer relaciones de pareja.

La Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja se encuentra conformada por cuatro subescalas: prejuicios en la pareja, implicaciones de tener pareja, habilidades de seducción y habilidades sociales. A continuación se detallan cada una de ellas:

**Prejuicios Para Establecer Pareja.** Se considera que los prejuicios tanto retomados en una evocación positiva como negativa, conducen al individuo a relacionarse con determinadas personas, a aceptarlas o rechazarlas y constituyen formas de interpretar la realidad. Los prejuicios son ideas preconcebidas que se hacen de otros individuos, producto de la educación, las experiencias del pasado o las narraciones. (Light, Keller y Calhoun, 1991). Los prejuicios sobre la pareja se refieren a las ideas negativas que las mujeres llegan a tener para evitar o dificultar establecer una relación de noviazgo. En este caso, la mujer elige consciente o inconscientemente la soltería por un sesgo que se tiene sobre el sexo opuesto. En algunas ocasiones esos prejuizgamientos no necesariamente son erróneos sino producto de experiencias previas (Schneider, 1940). Las ideas que subyacen a esta dimensión refieren experiencias negativas como la infidelidad y situaciones adversas de la vida en pareja.

**Implicaciones de Tener Pareja.** Se refiere a las creencias, ideas u opiniones consideradas como verdaderas y que no necesariamente tienen prueba o confirmación lógica; se transmiten intergeneracionalmente por la familia o cultura y a su vez, es soporte de ésta última (Castorina y Lenzi, 2000). Son ideas consideradas como verdaderas por quien las sustenta, las cuales crean una predisposición para aceptar o rechazar situaciones y personas con base en características reales o imaginarias atribuidas a las relaciones de pareja y sus implicaciones. En el caso de las mujeres solteras muchas de ellas han elegido permanecer en estado de soltería porque ven en la relación de pareja muchas desventajas y complicaciones que no están dispuestas a asumir.

Los ítems de esta dimensión manifiestan ideas relacionadas con la pérdida de privilegios que ocurren al establecer una relación de pareja: obstáculos para el desarrollo laboral o profesional, múltiples cambios en la vida cotidiana, abandono de amistades o control por parte de su pareja.

**Habilidades de Seducción.** Estas habilidades se traducen en comportamientos que favorecen la atracción interpersonal, estrechamente relacionadas con el sentirse aceptado o rechazado. La atracción está ligada en función de la satisfacción de necesidades que esa persona

proporciona, facilitando a su vez una sensación de agrado en las personas con las que se interactúa, que les conduce al deseo de querer estar con la persona atractiva (Sánchez, Y., 2004; Díaz- Loving, 1999). Las habilidades de seducción indican mujeres capaces de relacionarse con hombres y propiciar una relación de noviazgo, incluyen conductas de espontaneidad y capacidad para compartir actividades y gustos con otros, así como la expresión de pensamientos y emociones que se siente por alguien más a fin de generar un interés en el otro.

**Habilidades Sociales.** Se refiere a la presencia de la capacidad del individuo para emitir conductas y comportamientos que permiten a la persona establecer relaciones eficaces y satisfactorias con los otros en un contexto interpersonal. Las habilidades surgen de la experiencia y de la idiosincrasia personal como formas de hábito (Furnham, 1992; Kelli, 1982); se aprenden y manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a conseguir diferentes objetivos. El presente estudio las concibe como las acciones de las personas que les permiten conocer gente nueva y establecer relaciones amistosas o amorosas duraderas. Incluyen el uso de sus dotes físicos y formas de relacionarse. Al respecto se considera que la probabilidad de que ocurra una respuesta socialmente competente está influida por la combinación de factores ambientales y personales (Gil, 2000).

### **Método**

Se utilizó el método de Redes Semánticas para el concepto “Soltería” (a dos grupos de participantes para establecer una primera estimación de las dimensiones de la escala y proceder a la formulación de los ítems que la estructuran. Posteriormente la Escala se sometió a una prueba de claridad con la finalidad de realizar modificaciones en los ítems que pudieran ser confusos.

Para obtener validez teórica de la “Escala de Indicadores Para Establecer Relaciones de Pareja”, se sometió a jueceo la prueba usando el método Q-Sort. Se consideró la participación de diez jueces expertos para comprobar la correspondencia de los ítems en cada una de las dimensiones establecidas (utilizando como criterio obtener al menos 70% de aprobación en una de las dimensiones propuestas) y corroborar la exclusión respecto de las otras dimensiones.

Para someter a prueba la validez y la confiabilidad del instrumento “Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja” se realizó una aplicación en mujeres que radican en la ciudad de México. El estudio se llevó a cabo en 300 mujeres, de las cuales 150 no contaban con una relación de noviazgo desde hace por lo menos un año. La segunda mitad de la muestra, dijo tener una relación de noviazgo con una duración de por lo menos dos años. El análisis factorial de los resultados arrojó 4 factores como estructura factorial de la prueba, que son:

- Factor 1: Prejuicios para establecer pareja
- Factor 2: Implicaciones de tener pareja
- Factor 3: Habilidades de seducción
- Factor 4: Habilidades sociales

### Resultados

Se obtuvo la validez de criterio a través de la comparación de los resultados entre mujeres solteras con una relación de pareja de dos años o más, y mujeres que han permanecido sin pareja por un año o más. Los resultados del análisis muestran niveles de significancia bastante favorables para las subescalas “Prejuicios para establecer pareja” ( $p=.002$ ) y “Habilidades de seducción” ( $p= .001$ ). Las subescalas 2 y 4 presentan niveles de significancia aceptables para la conformación de este estudio exploratorio, lo que significa que el la “Escala de Indicadores para Establecer relaciones de Pareja” permite una evaluación cuantitativa de los aspectos que influyen en la soltería de mujeres adultas (Véase tabla 1).

Tabla 1.

*Medias, prueba t que compara las probabilidades en mujeres con pareja y sin pareja.*

Factor	X sin pareja	X con pareja	T	Sig. (p=)
Factor 1: Prejuicios para establecer pareja	21.95	23.53	3.052	.002
Factor 2: Implicaciones de tener pareja	15.63	16.23	1.870	.063
Factor 3: Habilidades de seducción	15.17	16.15	3.517	.001
Factor 4: Habilidades sociales	15.44	15.96	1.718	.087
Calificación total por factores	102.42	106.42	3.457	.001

La consistencia interna de la escala se calculó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach en cada una de las subescalas y la totalidad de la prueba. Los resultados del análisis de fiabilidad por sub-escalas presentaron Alpha bastante aceptables para los cuatro factores. La Tabla muestra la confiabilidad obtenida por subescalas y la prueba total. Los factores “Habilidades de seducción” e “Implicaciones de tener pareja” obtuvieron los Alpha de .70. El factor “Prejuicios para establecer pareja” obtuvo un alpha de .79, siendo este el más alto. La escala con un total de 23 ítems presentó un Alpha de Cronbach .78, lo que sugiere un nivel de consistencia interna aceptable para los fines de esta escala.

Tabla 2.

*Alfa de Cronbach para las subescalas y total de reactivos.*

Factor	Alfa de Cronbach	Número de reactivos
Factor 1: Prejuicios Para Establecer Pareja	.79	8
Factor 2: Implicaciones de Tener Pareja	.70	5
Factor 3: Habilidades de Seducción	.70	5
Factor 4: Habilidades Sociales	.74	5
Escala Total	.78	23

### Comentarios

La “Escala de Indicadores Para Establecer Relaciones de Pareja” mostró capacidad para diferenciar entre cuatro indicadores que promueven o impiden el que las mujeres establezcan relaciones de pareja. La capacidad discriminatoria entre grupos de mujeres sin pareja y con pareja de los reactivos se mostró en dos de las cuatro subescalas: “Prejuicios para establecer pareja” y “Habilidades de seducción”, mientras que en las subescalas “Implicaciones de la pareja” y “Habilidades sociales” se encontró que marcan una tendencia. Este resultado sugiere que en el no establecimiento de una relación de pareja se encuentran presentes estos cuatro elementos y que la prueba es sensible a ellas, demostrando así que la prueba posee validez de criterio teórica siendo capaz de discriminar, aspecto vital de la validez de criterio en cuanto a la consistencia interna.

La Escala contiene 4 categorías, retomadas de estudios pilotos y diferentes autores como elementos que mejor determinan el establecimiento de una relación de pareja, así mismo se constituyó con aquellos reactivos que mostraron validez de contenido y capacidad de discriminación. El análisis factorial de la prueba mostró que la estructura de la escala está compuesta por cuatro subescalas (Prejuicios para establecer pareja, Implicaciones de tener pareja, Habilidades de seducción y Habilidades sociales) las cuales explican el 25.6% de la varianza. Sin embargo, la primera fue eliminada debido a que no es una variable importante para establecer relaciones de pareja.

La Escala construida mostró validez teórica en el procedimiento de jueceo, lo que sugiere que los reactivos de la prueba se refieren a las dimensiones teóricas propuestas para consolidar el establecimiento de una relación de pareja. La validez de criterio es apoyada por los resultados obtenidos en la comparación de los grupos con pareja y sin pareja. La prueba diferenció las dos muestras en los factores de “Prejuicios para establecer pareja” y “Habilidades de seducción”. Los coeficientes del Alpha de Cronbach, obtenidos en los factores y la prueba total, permiten afirmar que la prueba posee consistencia interna o confiabilidad.

La Escala está formada por cuatro factores. El primero es el Factor 1 que concentra principalmente los reactivos pertenecientes a la categoría de “Prejuicios para el establecimiento de pareja”. El Factor 2 agrupa los reactivos referentes a las “Implicaciones de tener pareja”, mientras que el Factor 3 reúne a los reactivos de “Habilidades de seducción” y por último el Factor 4 abarca los de “Habilidades sociales”. Los factores 1 y 2 se caracterizan por tener ítems que cargan negativamente traduciéndose en impedimentos para establecer una relación afectiva. Por otro lado los factores 3 y 4 concentran ítems positivos que favorecen las relaciones con personas del sexo opuesto.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que, si bien la Escala fue construida de acuerdo a tres dimensiones (Creencias, Habilidades intrapersonales y Habilidades interpersonales) los resultados empíricos confirman que la carencia de habilidades y las creencias negativas están relacionadas con el impedimento de una mujer para establecer relaciones de pareja por lo cual se reflejaron en las subescalas de “Prejuicios para establecer pareja”, “Implicaciones de la pareja”, “Habilidades de seducción” y “Habilidades sociales”; sin embargo por ser la

primera etapa de la prueba, se tiene una escala con características de validez, sin embargo se sugiere seguir investigando para confirmar.

Una de las limitaciones en la elaboración de la “Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja” fue la escasa bibliografía referente al tema, y lo que se encontró solo da ideas generales respecto a la problemática, por lo que este trabajo representa un aporte a la literatura científica.

Consideramos que, a fin de que sea posible realizar generalizaciones sobre los resultados obtenidos, es necesario replicar esta Escala (ver apéndice), con muestras representativas en las que se incluya mujeres de la zona conurbada de la ciudad de México con las características utilizadas para este estudio.

### Referencias

- Alborch, C. (1999). *Solas. Gozos y sombras de una manera de vivir*. Madrid: Alianza.
- Carter, S. y Sokol, J. (1996). *El temor al compromiso. Como superarlo en las relaciones de pareja*. Madrid: Vergara.
- Castorina, J. A. y Lenzi, A. (2000). *La formación de los conocimientos sociales en los niños*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, L. (1999). *Antología psicosocial de la pareja*. Distrito Federal: Porrúa.
- Ellis, A. (1990). El amor y sus problemas. En A. Ellis y Bernard (comps). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Espeland, P., Kaufman, G. y Raphael, L. (2005). *Cómo enseñar autoestima*. México: Pax.
- Ahumada, Y. (n.d.). *Rasgos de personalidad asociados a la soltería en mujeres con éxito*. Recuperado el 25 de enero de 2010, de <http://www.uad.edu.mx/CentroInv/Libros/matricula2.pdf>.
- Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo*. Madrid: Cátedra.
- Gil Calvo, E. (2000). *Medias Miradas. Un análisis cultural de la imagen femenina*. Madrid: Anagrama.
- Gil, F., y Rubio J.M. (2000). *Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención*. Barcelona: Síntesis.
- Giroud, F. y Levy, B.H. (2000). *Hombres y mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- Jiménez, C. A. (2002). *Triunfar en el arte de comunicarse*. México: Alfa Omega.

- Kelli, W. A. (1982). *Psicología de la educación*. Madrid: Morata.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2002). *Censo general de población*. Recuperado 25 de enero de 2010 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med/aasp>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2008). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios datos nacionales*. Recuperado 14 de Junio de 2010 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/matrimonios10.asp?s=inegi&c=2751&ep=28>.
- Lamourere, O. (1998). *Los que vivimos solos: la soledad ya no es lo que era*. Barcelona: Paidós.
- Light, Keller y Calhoun. (1991). *Sociología*. Bogota: McGraw Hill.
- Maslow, A. (1997). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairos.
- Miller, G. A. (1980). *Psicología de la Comunicación*. Barcelona. Paidós.
- Neuburguer, R. (1998). *Nuevas Parejas*. Barcelona: Paidós.
- Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.
- Pasini, W. (1996). *Los tiempos del corazón. Prisas y pausas en la vida, en el amor*. Barcelona: Grijalbo.
- Peña, N. V. (1998). *La autoestima en la relación de pareja*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojas, E. (1997). *El amor inteligente, corazón y cabeza: Claves para construir una pareja feliz*. México: Planeta.
- Rojas, L. (1998). *Remedios para el desamor*. México: Planeta mexicana.
- Sánchez, A. (2007). *Pasión romántica. Más allá de la intuición, una ciencia del amor*. Distrito Federal: Porrúa.
- Sánchez, Y. y Torres, M. (2004). *Atracción interpersonal en la pareja y su relación con la construcción individual: un enfoque sistémico*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schneider, D. (1982). *Percepción personal*. México: Fondo Educativo Interamericano.



## 2.2. Reporte de investigación cualitativa

Durante el segundo y tercer semestre de la maestría se llevó a cabo la elaboración y aplicación del proyecto dirigido a los jóvenes llamados “ninis”, consideramos que era pertinente elaborar esta investigación bajo la metodología cualitativa pues esto nos permitiría comprender un fenómeno que se estaba gestando en nuestra sociedad mexicana. A continuación se presenta el aporte de dicha investigación.

### Hacia una comprensión de la apatía de la juventud: el fenómeno ni-ni

Beatriz Bollás Hernández y Ligia Noemí Kumul Coronado

Facultad de Psicología. U.N.A.M.

#### Resumen

A nivel mundial, los jóvenes se encuentran retardando su emancipación y su inactividad es significativamente alta, los jóvenes que no estudian ni participan en el mercado de trabajo tienden a realizar otras actividades vinculadas con el ocio y apatía que se mantiene por la dependencia económica de los padres. El presente trabajo aborda la problemática de la juventud que no estudia ni trabaja (“Fenómeno Ni-Nis”) para una comprensión que permita desarrollar una propuesta de intervención. La investigación se realizó bajo la metodología cualitativa a través del uso de entrevista grupal e individual. Los participantes fueron jóvenes de nivel socioeconómico medio-bajo, de 17 a 22 años de edad, que viven en la zona Metropolitana de la ciudad de México. El análisis muestra una conceptualización general del fenómeno. Así como los diversos factores que propician esta condición de desinstitucionalización en los jóvenes llamados Ninis: condiciones sociales, económicas y políticas, aunadas a la situación familiar como generadora de desigualdad. Se pueden encontrar variantes en el estilo de vida según la posición social, implicando cambios internos y externos en la dinámica familiar. Se pudo observar que la juventud ni-ni, representa una población vulnerable, presa fácil de la drogadicción y delincuencia.

**Palabras Clave:** Juventud, nini, Ni trabajo, Ni estudio síndrome de Peter Pan.

#### Introducción

*“La función de la juventud es la de ser un agente revitalizador; es una especie de reserva que sólo sale a superficie cuando se desea una revitalización que sirva para adaptarse rápidamente a circunstancias cambiadas o del todo nuevas...”*

*Karl Mannheim*

La juventud es una construcción social que ha tenido transformaciones a lo largo de la historia, manifestando características según la época. Para algunos la juventud se considera una fase de la vida y la travesía para la adultez. Sin embargo, no en todas las sociedades se vive una juventud, pues existen ritos de paso que marcan el tránsito de la niñez a la adultez. Empero, en las sociedades occidentales actualmente se observa una prolongada juventud que está representando una problemática desde lo macro hasta lo micro. Una de las características que presentan actualmente estos jóvenes que se encuentran prolongando la juventud es la inactividad. Muchos jóvenes no realizan actividades propias de su edad, como estudiar o trabajar. El término Ni- Ni o ninis ha sido usado recientemente a nivel mundial por sociólogos, antropólogos, académicos y en el lenguaje cotidiano para referirse a la población de jóvenes que ni estudian, ni trabajan.

Se considera a la juventud como una generación, fase de la vida, condición social, moratoria de vida, como una construcción social y cultural, incluso como un espíritu que trasciende toda edad y situación (Hernández, 2002; Alpizar y Bernal, 2003). Algunos autores (Alpizar y Bernal, 2003; Brito-Lemus, 1996; Gil y Soto, 2008; Feixa, 2005; Nateras, 2001) la describen como una noción construida histórica y socialmente, situada en un tiempo y espacio cultural específico que determinada sociedad realiza; es una categoría por la que se pasa y no por la que se está permanentemente, construida a partir de discursos y prácticas, producidos y reproducidos por instituciones como el Estado, la Iglesia, la familia, los medios de comunicación y la academia, en el que el sujeto adquiere valores y habilidades necesarias para la vida. Siendo así la juventud una construcción temporal, se construyen estereotipos según las épocas, Feixa (2006) describe 10 generaciones que comprenden el s. XX en orden cronológico: A (Adolescente), B (Boy Scout), K (Komsomol), S (Swing), E (Escéptica), R (Rock), H (Hippy), P (Punk), T (Tribu) y R (Red).

Dentro de las concepciones de la juventud en la historia, Feixa (2005) menciona tres principales tipos: a) *el síndrome de Tarzán*, inventado por Rousseau, vigente entre los siglos XVII y mediados del XX, caracterizaba a la juventud como sujetos salvajes que serían insertados a la civilización o adultez; b) *El síndrome de Peter Pan*, surge a mitad del s. XX como consecuencia del capitalismo tardío y de la sociedad de consumo, se caracteriza por la desaparición de ritos de paso, la aceleración de la educación, el crecimiento adquisitivo en jóvenes, la emergencia de tribus juveniles y la lenta transición a la vida adulta; y c) *el*

*síndrome de Blade Runner*, modelo para la actualidad, se caracteriza porque los jóvenes tienen amplio acceso a la tecnología, se encuentran escindidos entre la obediencia a los adultos y la voluntad de emancipación, sin conciencia histórica o memoria, son dependientes económicamente, sin espacios para la responsabilidad que les orilla a retrasar su ingreso al mercado laboral y salida del hogar paterno.

En la actualidad y de acuerdo con los parámetros internacionales, la juventud es definida como el grupo etario de 15 a 29 años de edad (Saravi, 2009), sin embargo, la edad ya no es un factor decisivo para determinar si alguien se encuentra en la juventud o no, sino el status, la posición social, el criterio dependencia-independencia (Hernández, 2002); el cual se logra con la construcción y maduración de su estructura cognitiva estableciéndose en factores internos (psicobiológicos) y externos (ambiente). En términos generales, se dice que se ha dejado la juventud por dos eventos principales: el abandono de la educación formal y la obtención de un empleo asociado a la independencia económica (Hogan, 1978, en Saravi, 2009).

A nivel mundial, los jóvenes se encuentran retardando su emancipación y su inactividad es significativamente alta, los jóvenes que no estudian ni participan en el mercado de trabajo tienden a realizar otras actividades vinculadas con el ocio, aprovechando la extensión de la etapa de dependencia económica de los padres. El Informe Mundial sobre la Juventud (2007) advierte que en 2002 y 2004 entre 18 y 20% de los adolescentes de Latinoamérica entre 15 y 19 años no estudiaba ni trabajaba. Mientras que la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2007) estima 22 millones de jóvenes de América Latina y el Caribe, no estudian ni trabajan; de esta cifra 6 millones buscan un empleo y el resto no están buscando empleo y tampoco estudian. En México, el escenario no es muy distinto, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud (2005), los jóvenes de 12 a 29 años, el 43.7% solo estudia, 28.8% trabaja y el 22.1% no trabaja ni estudia. Siendo los motivos por los que dejan la escuela los siguientes: tener que trabajar (42.4%) porque ya no les gustaba la escuela (29.1%), terminaron sus estudios (16.9), sus padres ya no quisieron (12.1%) y porque tuvieron que cuidar a su familia (10.6%). Como se observa, el trinomio juventud-escolarización-exclusión se vuelve cada vez más transparente (Gil Montes y Soto, 2008). Los jóvenes excluidos del sistema escolar no necesariamente fueron absorbidos por el

mercado laboral. Una proporción variable pero considerable se encuentra al margen de la escuela y el trabajo agudizando de este modo su vulnerabilidad social (SITEAL, 2009).

Este fenómeno que para algunos ha tomado una relevancia a nivel mundial ha sido nombrado de distintas formas por diversos medios, en algunos artículos académicos se refieren a ellos como síndrome de Peter Pan, síndrome de Blade Runner, generación Red, Slackers, soft y cero. Mientras que en las notas periodistas, encargados de difundir el fenómeno, se refieren a ellos como generación Ni-ni, ninis o nini, jóvenes que ni estudian ni trabajan, tribu de jóvenes desencantados, generación apática, desvitalizada, indolente mecida en el confort familiar.

Las características atribuidas en los periódicos a los jóvenes considerados ninis refieren chicos de 18 a 31 años de edad, mecidos en un incierto futuro, entre la indolencia y el conformismo (Campel, s/f). Se encuentran en un proceso de disociación individualista, apatía y desánimo colectivo, nacen con el boom de la modernidad, inteligentes e informados, sin embargo, no digieren, no proponen, ni reaccionan o lo hacen a medias y tienen un simultáneo rechazo a estudiar y a trabajar (Barberia, 2009; Merino, 2009; Smerling, 2009). Se mantienen en una situación de ocio frustrante, obligatorio, impuesto, incómodo, improductivo. Viven de la solidaridad familiar, retardan la salida de casa y postergan planes de matrimonio e independencia económica, (Morgan, en Romero, 2010; Tarres, s/f). En algunas investigaciones los definen como jóvenes ociosos y perezosos (Mora-García, 2004); que no son amas de casa ni estudiantes, no trabajan y no buscan empleo, presentan un elevado nivel de desafiliación social (Saravi, 2004). Joven como héroe consumista que se revela a formar parte de la sociedad adulta; seres artificiales (en parte humanos, y en parte robotizados), escindidos entre la obediencia a los adultos y la voluntad de emancipación. Personas sin ritos de paso, memoria, proyecto de vida, espacios de responsabilidad, con aceleración de la educación, crecimiento adquisitivo, lenta transición a la adultez, con conductas propias de los niños, programados para el manejo de tecnologías pero sin valor al conocimiento, trabajo y vida familiar (Feixa, 2005, 2006; Mora-García, 2004). No trabajan y no buscan empleo y tienen un elevado nivel de desafiliación social, son mayoritariamente pobres, de bajos niveles educativos, residen en hogares encabezados por trabajadores precarios o desempleados (Saravi, 2004). Preocupados por la exaltación

de su ego, miedo al compromiso, libertad, su orgullo es vulnerabilidad (Polaino-Lorente, 1999)

Se han buscado causas que expliquen la condición del fenómeno. Dentro de éstas se encuentran las explicaciones de tipo social, económico y político como: la marginación, la crisis económica, las condiciones de pobreza, la crisis de valores y el individualismo (Carrillo, en Contreras, 2010; Romero, 2010; Smerling, 2009) aunado a la falta de oportunidades de empleo al concluir los estudios, la situación de calle, la falta de cupo en las escuelas y la maternidad temprana, la falta de una política de Estado que genere opciones de vida y educación, educación de baja calidad que no garantiza movilidad social ni un buen empleo (Carrillo, 2010; Merino, 2009).

Dentro de las causas de tipo familiar están: el haber sido mimado en su infancia y criticado en la pubertad, teniendo toda la atención de sus padres dándoles todo, librándoles de cualquier esfuerzo o sacrificio; de padres donde ambos trabajaban, siendo las auténticas joyas de la casa (Campelo, s/f). Aunado a la fragilidad en la pareja, reducciones en los miembros y espacios domésticos, disminución en los valores, educación a través de los medios masivos, abandono de los padres por jornadas laborales, presentan relaciones problemáticas con la madre o el padre (Feixa, 2005; Polaino-Lorente, 1999).

Estudios sobre la familia (Minuchin, 1999), refieren esta institución como una unidad social con dos funciones principales, una de carácter interno (protección psicosocial de sus miembros) y otra de carácter externo (que se refiere a la acomodación y transmisión de una cultura). La familia imprime en sus miembros un sentido de identidad independiente que incluye la identidad y la separación. Sin embargo, Tezanos (2009) menciona que en la sociedad actual, se está produciendo una gran quiebra cultural, ya no se encuentra en los componentes identitarios de los jóvenes el trabajo, la clase social, la religión o la familia, sino los gustos, aficiones, pertenencia a la misma generación y al mismo género; es decir, elementos microespaciales, laxos y efímeros. En los jóvenes se detecta una atmósfera depresiva, un proceso de disociación individualista, condensado en la expresión, "sólo soy parte de mí mismo" y el debilitamiento de la familia.

Por lo mismo se habla de consecuencias negativas tanto a nivel micro como macro. Se tienen consecuencias de tipo social, económico y político como: la migración hacia Estados

Unidos, la vulnerabilidad a la drogadicción, la delincuencia organizada y el narcotráfico, produciendo muertes de jóvenes por los enfrentamientos. Viven en condiciones sociales de verdadera marginación, discriminación y exclusión social (Tarres *s/f*; Avilés, 2010).

Dentro de las consecuencias de carácter psicológico, (Bastida en Tarres, *s/f*; Smerling, 2009) se mencionan las repercusiones en la autoestima, depresión, desorientación, vacío emocional, desánimo, ansiedad, y angustia dolorosa; acaban inhabilitados para la vida familiar, laboral, provocando a futuro inadaptación y marginación (Campelo, *s/f*). Presentan dificultad para construir su identidad, desarrollar habilidades para la vida como toma de decisiones, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, solución de problemas, manejo de emociones y sentimientos, pensamiento creativo, manejo de tensiones y estrés (Palazzo, Beria, Fernández y Tomasi, 2001; Sánchez, 2010; Martínez-Otero, *s/f*).

Si bien el fenómeno Ni-ni, ha sido usado por una serie de profesionales y especialistas en juventud y en la psicología popular, tomando en cuenta el contexto social y los procesos de significación cultural; en la presente investigación usaremos el término nini para referirnos a aquellos jóvenes que se esperaría (considerado la edad que tienen) estudien o trabajen. Es precisamente este sector de la población, quien en la actualidad está llamando la atención de profesionales y legisladores, ya que la inactividad de estos jóvenes, cada vez más creciente, representa un riesgo potencial para el crecimiento de narcotráfico y delincuencia.

Después de revisar la literatura aquí mencionada podemos partir de que no se puede hablar sólo de una causa, sino de un fenómeno multicausal; con consecuencias en lo macro y lo microsocio. Finalmente, para comprender qué pasa con los jóvenes que se esperaría estuvieran estudiando o trabajando según la edad que tengan y no lo estén haciendo, es importante realizar estudios que ayuden a su comprensión. Por lo anterior, esta investigación pretende elaborar una aproximación al fenómeno desde una visión sistémica que ayude a comprenderla.

El propósito general del presente estudio fue comprender los factores sociales (familiares, laborales y escolares) que contribuyen a la creación de la juventud Ni-ni. Teniendo una aproximación a la concepción del joven nini como fenómeno social; conocer su contexto familiar, así como las causas por las que dejaron la escuela y por las que no trabajan. Para

esto, creemos que la familia y las condiciones sociales actuales contribuyen a la construcción de una nueva juventud caracterizada por una adolescencia prolongada, que se vive con apatía y desinterés ante el futuro.

### **Método**

#### **Participantes**

Participaron jóvenes de entre 17 y 22 años de edad, tres hombres y una mujer, que en el momento de la investigación se encontraban con al menos un año sin estar estudiando y sin tener empleo, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo. Dichas características tanto de edad como del tiempo sin trabajar o estudiar las consideramos porque partimos de la idea de que a esta edad se está alcanzando la mayoría de edad legal y en la sociedad las personas adquieren el estatus de ciudadanos con capacidad de ejercer su voto, así como tomar decisiones.

Los jóvenes fueron contactados a través de un informante clave, quien posee un negocio donde ocasionalmente asisten los jóvenes o se encuentran platicando en la esquina de la calle. La invitación a participar en la entrevista grupal e individual se realizó al convocar a los jóvenes a asistir al establecimiento de nuestro informante, espacio en donde se les invitó a participar al presente proyecto de investigación, aclarándoles en qué consistiría su participación, la duración de las entrevistas (una hora aproximadamente) y el lugar en donde se llevarían a cabo. De igual manera se procedió con una chica contactada.

Se realizaron entrevistas a tres personas expertas en el tema de la juventud y con conocimiento hacia el fenómeno a investigar. El contacto se realizó vía telefónica, concertando cita en diferentes fechas con cada uno de ellos. Asimismo, se entrevistó a un informante clave de la colonia en la que viven los jóvenes antes mencionados.

#### **Instrumentos**

Con base a los objetivos planteados y al método cualitativo, las técnicas empleadas fueron la entrevista semiestructurada por permitir abordar y preguntar, dando libertad al entrevistado para responder sobre la temática. Se planteó que fueran en profundidad para brindarnos un conocimiento más detallado de las vivencias de los jóvenes sobre las perspectivas de sus vidas, experiencias o situaciones, expresadas en sus propias palabras, enfocándolo a los intereses de la investigación (Taylor y Bogdan, 1987). La entrevista como dispositivo de investigación facilitó respuestas extensas y detalladas de los entrevistados, en

la que fue posible corregir y clarificar datos confusos. El aspecto semiestructurado, proporcionó una definición de áreas generales que se abordarían con todos los entrevistados, sin detallar necesariamente los mismos planteamientos para todos, aunque sí los mismos temas.

### **Procedimiento**

Se realizó una entrevista a una joven perteneciente a una colonia diferente a la de los otros jóvenes, la cual se llevó a cabo en un parque acordado previamente. La entrevista grupal se llevó a cabo con tres jóvenes. Quienes además, participaron en una entrevista individual en diferentes fechas. El lugar seleccionado para llevar a cabo las entrevistas fue en la casa de la persona que nos presentó a los jóvenes, espacio que consideramos adecuado y neutral, en el que se desarrolló un ambiente de confidencialidad y confianza, en que sólo estuvieron presentes los jóvenes y las entrevistadoras. Al iniciar la primera entrevista (la grupal) se realizó un rapport con el fin de generar un clima de confianza, además de comentarles nuestro objetivo (conocer los intereses y formas de vida de los jóvenes actuales a través de entrevistas).

Las entrevistas subsecuentes las planeamos de forma individual, asignando a cada joven una hora, de los cuales uno de ellos ya no asistió debido a un fuerte problema que tuvo con su madre, situación de la que nos enteramos por nuestro informante clave. Al término de las entrevistas, se procedió a agradecer a cada uno de los participantes por su colaboración, dándoles también un espacio para expresar comentarios o dudas finales. Entre los que destacaron sentirse en confianza y desahogarse. Las entrevistas con los tres expertos las realizamos en sus lugares de trabajo en diferentes fechas, previamente acordadas.

Al término de las entrevistas, procedimos a la transcripción de las mismas, la categorización para posteriormente llevar a cabo un análisis por entrevista, seguido de un análisis de jóvenes y un análisis de expertos.

## **Resultados**

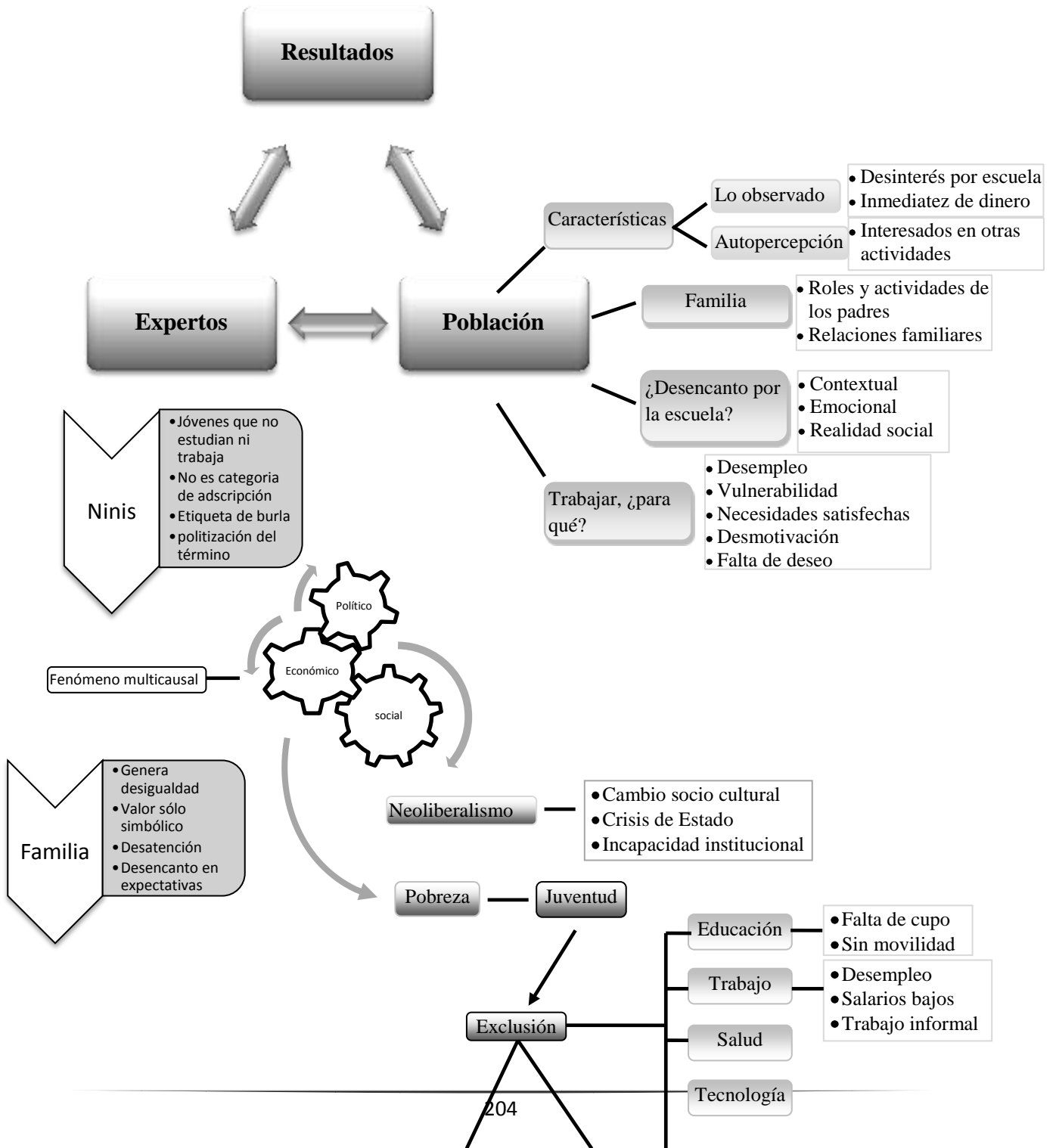
### **Características de jóvenes**

Las características observadas en los jóvenes fueron el desinterés por regresar a la escuela, pensado en ella solo como el acceso a un mayor salario; desistimiento por permanecer en



empleos mal pagados, a pesar del valor positivo que tiene el dinero para ellos; indecisiones sobre qué hacer en la actualidad. El futuro no es un tema que salte a sus pensamientos:

*“A mí no me gusta pensar en lo que voy a hacer la otra semana, o tengo que hacer esto, o tengo esto, o quiero hacer esto, como que no. Porque había veces en las que antes decía, no pues la próxima semana voy a hacer esto o equis cosa y nunca se daba, nunca se daba”*



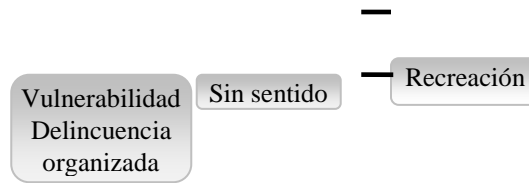


Figura 1. Resultados de las entrevistas a expertos en juventud.

El término nini no parece ser una categoría con la que los entrevistados se identificaran. Se percibieron como personas en búsqueda de trabajo fijo, con interés por conseguir dinero a través de trabajos informales, o bien, discurriendo en el dilema de estudiar o trabajar.

Describieron a un “nini” como aquellos que no tienen interés en nada, todo les proporcionan sus padres, no trabajan o estudian porque no les gusta, son vagos y se relacionan fácilmente con actividades ilícitas, características con las que no se identifican:

*“les vale no, que no les interesa nada así como para tener dinero”; “no les han de exigir en sus casas no los han de apoyar”*

Mantenerse interesados y/o activos en algunas actividades en el hogar o el espacio público es una forma de evitar ser ninis; admitieron caer en esta descripción solo porque no estudian ni trabajan.

### ¿Familia “nini”?

Los entrevistados vivían en terrenos compartidos con sus familias extensas, abuelos y en algunos casos tíos con sus respectivas familias nucleares. Esta estructura familiar, en algunos casos ha generado conflictos generacionales.

*“Son roces con mi abuelita Deborah, no sé, es que es así raro, mi abuelita (...) me molesta porque teniendo a mi hermano también, a él no le dicen nada”.*

Los padres trabajan y se encuentran ocupados casi todo el día, tendiendo poco contacto con algunos de los entrevistados, dejando en manos de los abuelos la educación de los nietos. Quienes les rinden cuenta a los padres de las conductas de estos.

En tres de los casos, la relación con los padres, se torna lejana y conflictiva, siendo uno de los motivos la aparente inactividad de los jóvenes. En cuanto a las relaciones con los hermanos, en dos situaciones, estas no son cercanas, no hay convivencia y cada quien está

centrado en sus asuntos personales. En un caso, las relaciones con la familia eran más estrechas y tenían mayor convivencia.

Se presentó una situación diferente en una joven. Las relaciones familiares cambiaron a partir de su salida de la escuela, siendo más evidentes en la relación con su madre. El padre decidió que su hija se diera de “baja temporal” de la escuela por la situación económica que atravesaban, negándole el permiso de trabajar; la madre, ejercía presión para que lo hicieran. La situación generó conflictos entre la pareja así como entre madre e hija.

### **El desencanto por la escuela...**

Los motivos del abandono escolar fueron variados: el deseo de tener dinero para comprar lo que desearan y que sus padres no les daban por la situación económica en la que viven aunado a la indecisión de qué estudiar.

*“... como que me gustó más estar trabajando y tener dinero (...) no tenía seguro que estudiar (...) en lo que decido bien qué estudiar, hay que trabajar...”*

Dejar la secundaria inconclusa fue atribuida más a la flojera y de no ponerle empeño, con la consecuencia natural de reprobado materias y finalmente, el grado escolar. Las consecuencias en casa han ido de la presión de las abuelas para que hagan algo, hasta el apoyo de los padres para la inscripción en otras secundarias. En otro caso, la aparente indiferencia de los padres se hace presente, no existe una presión por estudiar o hacer alguna otra actividad. No está la necesidad de los jóvenes para hacerlos, pues en casa encuentra satisfecha todas sus necesidades.

*“Para mí, sería la comodidad que tengo en mi casa... será que me dan todo, pido esto me lo dan, pido lo otro, igual”*

Existe una sensación de estar de vacaciones.

*“...lo veo como si estuviera de vacaciones, esas de fin de año. Como puedo conseguir dinero o equis cosa (...) para mí es padre, sin hacer nada, descansando, olvidarte un tanto de lo que hacías la escuela, un tanto de las labores”*

Algunos, esperan la oportunidad para sacar sus materias adelante, sin embargo, no hacen algo para lograrlo. No encuentran motivación para hacerlo, algo les hace falta. No se

explican lo que les sucede, se desesperan al darse cuenta que pasa el tiempo y continúan en la misma situación,

*“luego así como que sí me siento... como si estuviera fracasando en las cosas que quisiera”;*  
*“algo me hace falta, pero no sé qué es”*

Por otra parte, existe una falta de credibilidad de los padres en los hijos. Continúan siendo tratados como niños, no tomados en serio en sus decisiones, por ser considerados inmaduros en sus actos.

*“...Me iba a meter en la escuela de computación de CCPM pero mi mamá me dijo que no porque... que no cree que, ¿cómo será?, (...) ella pensaba que iba a echar relajo como la otra vez y me dijo no,- si tu quieres tu gánatelo”*

Una joven, solo espera una mejoría en la economía familiar para retomar sus estudios. A diferencia de otro entrevistado que piensa retomar sus estudios en algún momento de su vida, por el momento solo desea trabajar. En ellos encontramos diferencias económicas y familiares; el padre de la joven es abogado, interesado en el desarrollo profesional de su hija y por el momento, no requiere de su apoyo económico. Mientras que el joven tiene que ver cómo solventar sus gastos, además de ayudar económicamente a sus padres.

### **Trabajar, trabajar, ¿para qué?**

Los jóvenes que dejan la escuela para poder trabajar, no necesariamente son absorbidos por estos, o en su defecto, son los peores pagados por su falta de experiencia. Algunos de ellos, permanecen mucho tiempo buscando empleo. Esta ha sido la experiencia de algunos de los participantes.

*“Uno cree que es fácil (...) decía, -ay voy a trabajar y a tener dinero-, pero no es fácil, es más fácil que estudies y que tengas algo, que estar nada más así...”;* *“He ido a tres y que no, me dicen, -hay después te hablamos-, o, -nosotros nos comunicamos contigo. No los entiendo, (...)”*

El subempleo es una solución que algunos jóvenes han encontrado a su situación. Estos hacen referencia al intercambio de productos, consiguiendo lo que la gente necesite y les encargue, sin importar lo que sea, lo importante es obtener el dinero.

En algunos casos que si encontraron empleo, estos han sido en malas condiciones, no les otorgaron prestaciones laborales, además de un sueldo mínimo y un mal trato:

*“Busqué trabajo de limpieza, bueno no tan lejos porque iba con 10 pesos ida y venida, pero la zona en la que estaba, era en Polanco era algo caro y tenía que comer y no me convenía tanto”; “me molestó más porque me cargaron la mano, como quien dice la novatada -traite esto, traite el otro- y...tenía que estar checando que llegaran los bultos de cemento, y cuantos metros de arena”*

Tres de los entrevistados no tienen necesidad de buscar empleo, sus gastos son absorbidos por sus padres y en algunos casos, por sus abuelos:

*“Mis abuelitos me dicen si te falta para algo pues ten, no es mucho pero pues 50 pesos, pero ellos quieren que ya me ponga a hacer algo”*

El término “nini”, surgió e en España y tomó visibilidad en México hace un año. Expertos entrevistados coincidieron que este término ha llegado a usarse para referirse a los jóvenes que ni estudian, ni trabajan, sin embargo, esta definición otorga una idea muy laxa de lo que sería un “nini”. Los ninis podrían ser jóvenes que por su condición económica decidieran no trabajar o estudiar, aquellos que viven a costa de otros, los que buscan un trabajo, personas que han terminado la licenciatura y están en la espera de entrar a un posgrado.

“No hay una homogeneización a partir del concepto que identifique concepciones o estilos de vida similares”.

“...es una categoría socioeconómica, sociodemográfica; que desde esta dimensión de identificar la actividad y la no actividad de los jóvenes en el campo del trabajo y del estudio”.

El concepto nini no es un elemento de identidad individual o colectiva en los jóvenes mexicanos, ya que no es un campo de pertenencia en el que se construyan una serie de referentes a partir de los cuales se puedan reconocer dichos jóvenes, no es una subcultura.

“no es una categoría juvenil, no es un umbral de adscripción identitaria de jóvenes, no representa ni siquiera un elemento vinculado a las formas de autopercepción de los propios jóvenes”.

“tampoco ha sido una categoría dentro de las cuales las y los jóvenes se definen, se autorepresentan, se nombran”.

Asimismo, se coincidió que el término “nini”, ha sido manejado por medios masivos de comunicación, en los que no se da cuenta de los procesos implícitos en los jóvenes etiquetados como “ninis”, tales como la exclusión de éstos por parte de las instituciones sociales y la atención cada vez más parcializada por parte de la institución familiar.

“Es una descripción de una condición de una parte de jóvenes que da cuenta (...) de los procesos de exclusión social en que la mayoría de ellos se encuentra y que no se reduce al hecho de que ni tengan trabajo, ni tengan estudio”.

“jóvenes han duplicado la educación de sus padres, sin embargo, su opción es el empleo que no encuentran, por lo que es un sector desanimado”.

### **Causales de que los jóvenes no estudien ni trabajen**

Los expertos consideraron que la situación actual de estos jóvenes denominados ninis, data de la década de 80's y los cambios socioeconómicos y culturales del neoliberalismo; de la crisis del Estado y su incapacidad para que sus instituciones cubran sus funciones sociales delimitadas constitucionalmente (educación básica, trabajo, vivienda y salud); condiciones sociales de pobreza, donde los más afectados son los jóvenes y su difícil acceso a ingresar a instituciones educativas, laborales, servicios de salud, de tecnología y espacios recreativos y de diversión.

“... el estado está totalmente acotado está dejando de ejercer algunas de las funciones que les correspondían, entonces, en ese sentido está desatendiendo a través de los presupuestos y de la voluntad política la cuestión de la educación”.

“No alcanza la oferta educativa del estado, esa misma lógica tiene que ver con el empleo, no alcanza la oferta laboral y se recrudece en la condición de lo juvenil”.

Asimismo, se manifestó que el fenómeno es retomado por cuestiones políticas, como un medio de presión para conseguir mayor presupuesto para la educación a nivel universitario.

“El hecho de que el rector los haya nombrado NINIS no quiere decir que por haberlos nombrado ahí mismo surgen, sino que su finalidad insisto es política, es llamar la atención porque se está discutiendo los presupuestos como ahora, para la educación”.

O bien, como respuesta ante el cuestionamiento reciente a las instituciones sociales respecto a los 7.5 millones de jóvenes que no estudian, ni trabajan, por lo que se ha tratado de justificar la incapacidad institucional responsabilizando a los jóvenes de su situación de inactividad.

“se politiza en la medida en que los actores del campo institucional a los que corresponde digamos dar una buena imagen de que la condición de los jóvenes desde los campos en los que ellos participan es correcta es adecuada (...)”.

“no es cierto que no estén educando, no es cierto que la educación este fracasando en ese sentido”.

### Razones Económico-sociales

Dentro de las razones económicas y sociales se ubica que el proyecto del Estado-Nación no ofrece oportunidades de empleo para aquellos que lo necesitan y los que existen son muy mal pagados.

“no hay espacios laborales para ellos (...) o, la mayoría de los trabajos que se les ofrecen son los peor pagados y los que trabajan más sin ninguna posibilidad de construir un horizonte de presente, (...) la oferta de lo que les ofrecen no les significa nada, no les crea un sentido de vida”.

Por su parte, el sistema educativo se encuentra corrompido por personajes que manejan dicho sistema, y además no integra a todas las personas que tiene por función captar, no se invierte lo suficiente, ni se garantiza el derecho a la educación. La preparación educativa tampoco es garantía de mayor bienestar social o de movilidad social. La educación ha perdido su valor simbólico de movilidad social.

“ahora se cuestionan para qué estudiar o trabajar (...), tanto la educación y el trabajo para esta parte de jóvenes, no tiene sentido ya, no tiene significado (...)”

La existencia de un contexto de precariedad, el des-dibujamiento de la educación como “recurso de movilidad” y la inseguridad social, se viven como condiciones de desamparo, facilitan que la juventud sea un grupo etario vulnerable a la delincuencia organizada.

“Frente a ese desamparo, frente a la vulnerabilidad y ahora frente al miedo, frente a la posibilidad de la violencia, por supuesto que le narco aparece como una opción viable para una gran cantidad de personas”.

### Familiares

Respecto a la familia se mencionó ser la institución que ha tenido mayores cambios en comparación con otras por lo que ha dejado de ejercer sus funciones y ha disminuido sus expectativas sobre la juventud. Es considerada como un espacio en el que se genera la desigualdad entre sus miembros sobre todo si se es mujer, debido a que la familia es la que decide que debe dejar los estudios para permanecer en casa haciendo labores domésticas.

“...la familia está totalmente en crisis y desprestigiada, sin embargo, (...) aunque la familia para la mayoría de los jóvenes está totalmente deslegitimizada, todavía su valor es simbólico, su valor es lo que representa”.

“hay un cierto desinterés, pobreza, no solo económica, pobreza de expectativas, de horizonte, de ánimo social”.

### **Discusión**

El presente estudio permite entrever la forma en que el término “nini” ha sido popularizado por los medios de información, conduciendo a la población a concebir a los jóvenes que no estudian y no trabajan como chicos (as) flojos (as), delincuentes, vagos, provenientes de familias con padres desatendidos, haciendo de los jóvenes un blanco accesible de estigmatizar y llevando a la gente a considerar que son seres improductivos; estigma social que los expertos consideran una consecuencia de la exclusión social en que viven.

Aunque el análisis de los datos permitió observar en los jóvenes entrevistados una manifestación de situaciones económicas que condicionan su inactividad social, de manera general, se encuentra presente (en distintos grados) el ocio, el desánimo, la desmotivación para estudiar, el desinterés para aprender y la falta de claridad de un proyecto de vida. Sus



expectativas se acompañan de incertidumbre y falta de iniciativa para llevar a cabo acciones orientadas a cambiar su situación actual de inactividad. Sólo el caso de la fémina entrevistada manifestó nociones de un plan a futuro, no obstante coincidió con los varones en delegar su destino a lo circunstancial y en cierto grado a depender de lo que puedan ofrecerles sus padres, es decir, a la dependencia económica que implica una especie de infancia prolongada. Otra característica observada en estos jóvenes es el valor que otorgan al dinero como un medio para adquirir cosas, gastar o salir con la novia o amigos. De hecho dos de los jóvenes considerados “ninis” manifestaron el estudio como un valor que les permitirá mejores ganancias económicas. En algunos los bajos salarios, los trabajos cansados y los horarios fueron justificaciones evitar un empleo, para otros fue la dificultad de encontrarlo o el dinero para pagar una escuela.

Sin embargo, tales características tienen un trasfondo que para muchos ha pasado desapercibido. De hecho, en los jóvenes entrevistados, se encontró que realmente no están totalmente inactivos, pues han buscado alternativas para obtener dinero por medio de negocios eventuales o “intercambio de mano”. Como lo manifiestan algunos expertos las condiciones precarias de vida los han orillado en un primer momento a buscar empleo, pero al ver que son mal pagados, estos terminan por renunciar o insertarse al empleo informal.

En coincidencia con las entrevistas a expertos y jóvenes que no estudian ni trabajan, el término nini no se presenta como una categoría de adscripción o una subcultura que genere pertenencia. De hecho los mismos jóvenes entrevistados dijeron no sentirse identificados con el término, más que sólo por el hecho de que no se encontraban estudiando y trabajando. En un sentido más amplio no sentían formar parte de los denominados “ninis” pues decían que ellos sí contaban con interés por estudiar, trabajar u obtener dinero mediante algún medio; ser activos en la búsqueda de empleo o de dinero y no ser unos vagos o no contar con el apoyo de sus padres. Ante estos argumentos se observan los prejuicios relacionados a este nuevo concepto, pero se advierte una falta de homogenización para caracterizar a todos los jóvenes entrevistados para este estudio, lo cual tiene sentido si consideramos el propio concepto de juventud el cual se caracteriza por la diversidad de condiciones a partir de las cuales se desarrolla su experiencia (Gil Montes, y Soto, 2008).

Asimismo las atribuciones de desinterés y apatía en estos jóvenes para estudiar o trabajar no son semejantes en todos los casos, ya que como comenta Valenzuela, un joven nini podría ser aquel de opta por no hacer nada pero también aquella chica que quiere estudiar pero no tiene acceso a la educación, o que ya terminó sus estudios. Y las expectativas se muestran como promesas inalcanzables que se convierten en frustración y reflejo de la época en que se vive donde el “mal del tedio” se apodera de la juventud, paralizándolos en la liquidez social y su consecuencia es la apatía al futuro y a emprender proyectos, ¿para qué si a pesar del esfuerzo no habrá una certeza de lograr la meta? Es una reacción ante la frustración de las expectativas que los lleva a renunciar a los grandes propósitos y a centrarse en lo alcanzable en el día a día: la inmediatez (Aguirre-Moreno, 2006).

Esta condición les conduce a estados emocionales de tristeza o desanimo ante su condición de no estudiar y no trabajar, impidiéndoles ver alternativas para salir de ese estado de letargo. Desesperanza que es consecuencia de un contexto de la pobreza o falta de oportunidades ante las expectativas que exige la sociedad (Estefanía y Tarazona, 2003).

El fenómeno nini, coinciden los expertos en que no es un concepto que sólo atañe al no estudiar y no trabajar de los jóvenes, ser nini implica una serie de condiciones de vida relacionadas con un contexto más amplio al que abarca a la persona. Las condiciones sociales que para este trabajo se abarca dan cuenta del papel de la institución familiar, escolar y el mercado laboral como dos instituciones que son insuficientes en su función. Sobre todo en el caso del trabajo que se concibe como un espacio de transición en sociedades como la nuestra para adquirir un estatus de adultez. Si no se cuenta con estos espacios básicos para los jóvenes es imposible no hablar de exclusión social a una gran parte de la población.

En cuanto al contexto familiar, encontramos que en los tres jóvenes entrevistados, viven en familias extensas, provocando una falta de claridad en los límites intergeneracionales. En dos de ellos, los abuelos son los que desempeñan gran parte de las funciones parentales. Se satisfacen sus necesidades de alimentación, sin embargo, la función externa, no. Situación que coincide con lo dicho por Nateras, cuando habla de que la institución familiar está dejando de ejercer algunas de sus funciones. Siendo su valor netamente simbólico. La familia al ser un valor simbólico entre algunos jóvenes, ya no representa un ejemplo a seguir. Los jóvenes tienen necesidad de identidad y de pertenencia, si la familia está dejando

de desempeñar esa función, cabría preguntarse quiénes están ejerciendo esas funciones. Pareciera que las cosas cambian un poco, cuando uno de los padres se encuentra más presente en la casa con los hijos. Ya que en el caso de Mary y el “gato”, sus situaciones de no trabajar ni estudiar, han sido circunstanciales, fuertemente influidos por la condición económica. En el caso de Mari, también encontramos la variable sexo. Ya que, el padre es quien decide lo que ella hará, como quedarse en su casa ayudando a los quehaceres de la casa. Lo cual coincide con lo explicado por Pérez Islas, ya que, para él la familia es un generador de desigualdades entre los jóvenes, incrementándose en las mujeres.

Las otras instituciones que se esperaba, le ofrecieran a los jóvenes esos sentidos de identidad, “el ser alguien en la vida”, expectativas a futuro; son las áreas académicas y laborales. Son las que podrían representar la salida de la casa, sin embargo, éstas tampoco están siendo suficientes para los jóvenes, no están siendo incluidos dentro de ellas. Las causas son múltiples, no se habla de una situación lineal, sino de una explicación sistémica. Es difícil encontrar de donde partió, en cualquier época, se pueden encontrar jóvenes desinteresados en el futuro. Ante esto, nos preguntamos, porqué en épocas actuales se habla de un mayor número de jóvenes en esas condiciones. Nateras y Valenzuela, coinciden en que los cambios económicos de país es una de las causas del desinterés de los jóvenes en la cuestión académica. Partiendo de que el estado, así como la familia, tiene ciertas funciones principales para con los ciudadanos. Las decisiones políticas, repercuten en las funciones a cumplir. Si los jóvenes “apáticos” han existido en todas las épocas, cuál es el motivo porque se le pone énfasis actualmente, los autores coinciden en que se trata de cuestiones políticas.

Al no cumplir el estado con sus funciones, proporcionando los lugares suficientes para la demanda escolar; la única opción que tienen los jóvenes, son las escuelas privadas, no obstante, la precariedad en la economía de muchas familias, puede satisfacer la necesidad. Aunado a eso, la calidad educativa ha ido en decremento. Ante ello nos preguntamos, qué pasa cuando la institución escolar deja de responder a las expectativas que adultos y jóvenes se fueron forjando, qué pasa cuando este pasaje a la vida adulta ha dejado de funcionar y no garantiza el logro de aquello que significa ser adulto.

Esta es una de las explicaciones que encontramos en algunos de los jóvenes entrevistados, la desmotivación y desinterés en lo escolar. Dos de ellos mencionaron sentir que algo les falta

para integrarse de nuevo a las filas escolares. En su momento, cuando estuvieron en la escuela, no tuvieron un aprovechamiento adecuado. A diferencia de los otros dos jóvenes, una mujer y un hombre, para quienes la escuela, es sinónimo de mayores oportunidades laborales y mejor calidad de vida. Sin embargo, en ambos casos, las condiciones económicas, han sido un obstáculo para continuar. Pareciera que la diferencia entre los cuatro con respecto a la visión escolar, se debe a las exigencias de los padres. Ya que en los dos primeros jóvenes, los padres se encuentran más ausentes en exigencias académicas, mientras que en la y el joven, la situación cambia, ya que los padres se muestran más interesados en cómo van sus hijos en su desempeño académico.

Aunado a lo anterior, los dos jóvenes que se encuentran en la contemplación de la vida, no se sienten presionados por retomar sus estudios, ya que sus necesidades son satisfechas por la familia, ya sean los padres o abuelos. Si los jóvenes encuentran satisfacción en sus necesidades inmediatas, porqué tendrían que hacer algo diferente, cabría preguntarnos, porqué tendrían que estudiar o trabajar. Los factores se entrelazan; si la escuela, ya no representa, como en el pasado, una movilidad social en los jóvenes, tampoco les crea sentido la currícula, aunado, a la disminución de exigencias familiares, por el cambio en las actividades de los padres; y si las necesidades, sobre todo económicas, de algunos de ellos, están siendo satisfechas en su familia, cuál sería la razón más allá de la motivación, por el que un joven se comprometería con la escuela, en el caso de que alcance un lugar en ella, si es que no tiene para una escuela privada. Mientras tanto, seguirá siendo tratado como niños, como la eterna infancia del que vive con el síndrome de Peter Pan.

Las condiciones sociales de los jóvenes en la actualidad no representan oportunidades reales de crecimiento social, es decir, en el caso de jóvenes que deciden insertarse al área laboral, no encuentran lo que desean; con salarios bajos y la diferencia entre la oferta y la demanda cada vez es más grande. Los empleos a los que tienen acceso, en caso de ser aceptados, son de obreros, mal pagados, sufriendo abusos en algunos casos, sumado a la falta de prestaciones laborales. La y los jóvenes entrevistados, coinciden en que sus experiencias laborales, después de un tiempo de buscar empleo y encontrar, se sintieron explotados, optando por renunciando ante dichos sentimientos; generándoles frustración y desánimo para continuar buscando. Ante este panorama, habría que preguntarnos, cuáles son las opciones y oportunidades con las que cuentan los jóvenes. Su estado, no sólo se

explica a través de la flojera y apatía, como los perciben los vecinos de las colonias. Las causas son múltiples, es una descomposición social general, la economía, la política, la época moderna pasando a la posmoderna en la que se vive, todo es efímero, rápido. Es una sensación de inestabilidad, en la que, no se sabe de dónde sujetarse, algunos jóvenes aún lo hacen con sus familias, sin embargo, por cuanto tiempo, las familias podrán contenerlos.

### Referencias

- Avilés, K. (12 de enero, 2010). *Suicidio y narco, opciones de jóvenes por el fracaso educativo. En 2008 al menos 349 mil 987, de entre 12 y 29 años, intentaron quitarse la vida.* La jornada: sociedad y justicia (p. 33). Recuperado el 22 de mayo, 2010 de sitio URL <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/12/index.php?section>
- Barbería, J. L. (22 de junio, 2009). *Generación 'ni-ni': ni estudia ni trabaja. Los jóvenes se enfrentan hoy al riesgo de un nivel de vida peor que el de sus padres - El 54% no tiene proyectos ni ilusión.* El país.com. Edición impresa: Sociedad (s/p). Recuperado el 24 de mayo, 2010 del sitio URL [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Generacion/ni-ni/estudia/trabaja/elpepisoc/20090622elpepisoc\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Generacion/ni-ni/estudia/trabaja/elpepisoc/20090622elpepisoc_1/Tes)
- Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad.* México: Amorortu.
- Brito-Lemus, R. (1996). *Hacia una sociología de la juventud.* Publicado originalmente en *Revista de Estudios sobre Juventud JOVENes.* Cuarta Época. Año 1 no. 1
- Campelo, S. (s/f). *En el limbo de la generación Ni-ni.* ABC periódico electrónico. Nacional: Sociedad (s/p). Recuperado el 25 de mayo, 2010 del sitio URL <http://www.abc.es/20100117/nacional-sociedad/limbo-generacion-nini-medio-20100117.html>
- Carrillo, H. (12 de febrero, 2010). *Foro: Hacia una Política Pública de Atención a Jóvenes que ni estudian ni trabaja.* Observatorio ciudadano de la ciudad de México. Recuperado el 22 de mayo, 2010 de sitio URL [http://www.occm.uam.mx/index/index.php?sec=2&clave\\_noticia=85](http://www.occm.uam.mx/index/index.php?sec=2&clave_noticia=85)
- Contreras, C. (5 mayo, 2010). *Generación Ni-Ni (Primera parte).* Once tv México del Instituto Politécnico Nacional. Noticias: Social (s/p). Recuperado el 25 de mayo, 2010 del sitio URL [http://oncetv-ipn.net/noticias/index.php?modulo=despliegue&dt\\_fecha=2010-05-5&numnota=20](http://oncetv-ipn.net/noticias/index.php?modulo=despliegue&dt_fecha=2010-05-5&numnota=20)

- Díaz, C. (2001). *La familia actual*. En Acontecimiento: revista de pensamiento personalista y comunitario. No. 61. Pag. 33-38. Octubre 01.
- Feixa, C. (2005). La habitación de los adolescentes. *Papeles Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva*, 16, 1-12, universidad del país vasco recuperado 12 de Junio de 2010 en [www.ehu.es/CEIC/papeles / 16.pdf](http://www.ehu.es/CEIC/papeles/16.pdf)
- Feixa, C. (2006). Generaxion XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea (Versión electrónica). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 4, 1-18.
- Gil, M. V., y Soto, M. (2008). Educación y escolarización de los jóvenes: ¿pedagogía de la exclusión y la desesperanza?. *El Cotidiano*, 24, 73-78.
- Hernández, A. J. (2002). Jóvenes entre la familia, la formación y el empleo, estructuras de apoyo a sus transiciones. *Estudios de la juventud, INJUVE*. 56. Pp.119-128.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2005). *Encuesta Nacional de Juventud 2005*. Centro de investigación y estudios sobre la juventud: México. Fecha de recuperación 29 de mayo del 2010. En <http://www.redetis.org.ar/media/document/docdetrab.encuestanacionaldejuventud2005.institutomexicanodejuventud.pdf>
- Mannheim, K. (1978). *Diagnóstico de nuestro tiempo*. México: fondo de cultura económica.
- Martínez-Otero, V. (s/f). Identidad amenazada: riesgos psicosociales y orientaciones pedagógicas. *Revista Científica Electrónica De Psicología*, 7,173-188.
- Merino, J. (23 de junio, 2009). *La Generación ni-ni*. Eldefe.com. Chilangos: Cultura, del Día. Recuperado el 24 de mayo, 2010 de sitio URL <http://eldefe.com/2009/06/23/generacion-ni-ni/>
- Minuchin, S. (1999) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Mora-García. (2004). De los metarrelatos a la “Muerte de los intelectuales”. Una mirada al humanismo impenitente desde la deconstrucción neonietzscheana postmoderna. *DIKAIOSYNE, Revista de Filosofía Práctica. Universidad de los Andes*, 13, 46-63. Recuperado 12 de Junio de 2010 en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19036/2/articulo3.pdf>
- Nateras, D. A. (2001). Foxilandia y los jóvenes invisibles. *El cotidiano*. 17. 105. Pp.97-107

- Organización Internacional del Trabajo (2007). *Trabajo decente y Juventud, América Latina*. Oficina internacional de trabajo: Lima. Fecha de recuperación, 30 de mayo del 2010. En [http://white.oit.org.pe/tdj/informes/pdfs/tdj\\_informe\\_reg.pdf](http://white.oit.org.pe/tdj/informes/pdfs/tdj_informe_reg.pdf)
- Palazzo, D. L., Beria, F. U., Fernández, A. y Tomasi, E. (2001). Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud. *Aten Primaria*. 28. 8. Pp. 543-549
- Polaino-Lorente, A. (1999). El complejo de Peter Pan y el problema del infantilismo. En Aranguren, J. (Ed.). Libertad sentimental. *Cuadernos de Anuario Filosófico. Serie universitaria*, 73, 111-138.
- Romero, S. (14 de febrero, 2010). *En la ciudad, más de 100 mil jóvenes ni estudian ni trabajan. La Secretaría de Educación local crea programa para atenderlos*. La jornada. Inicio: Capital (p. 30). Recuperado el 25 de mayo, 2010 del sitio URL <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/14/index.php?section=capital&article=030n1cap>
- Royo, J. (2008). Adolescentes y drogas nuevos factores y comportamientos de riesgo asociados al consumo. *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on-line*, 30, 1-21
- Sánchez, A. (2010). Riesgos de la juventud sin opciones ocupacionales. CIJ. Ponencia presentada en Foro: “*Hacia una política pública de Atención a Jóvenes que ni Estudian ni Trabajan*” 15 febrero 2010. Recuperado el 16 de Mayo de 2010 en <http://www.educacion.df.gob.mx/pase/>
- Saravi, G. (2004). Entre la evasión y la exclusión social: jóvenes que no estudian ni trabajan. Una exploración del caso argentino. *Nueva Sociedad* 189, enero-febrero, pp. 69-84
- Saravi, G. (2009). Desigualdad en las experiencias y sentidos de la transición escuela-trabajo. *Papeles de Población*, 15, 83-118.
- Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina: SITEAL (2009). Informe *¿Por qué los adolescentes dejan la escuela? Motivos de la deserción en la transición del primario al secundario*. Recuperado de <http://www.siteal.iipeoei.org/modulos/DatosDestacadosV1/upload/37/SITEAL090401.pdf>
- Smerling, T. (12 de julio, 2009). *Generación ni-ni: ni estudia, ni trabaja, ni proyecta*. Crítica de la Argentina. Sociedad: Edición impresa (s/p). Recuperado el 22 de mayo, 2010

de sitio URL <http://criticadigital.com/impres/index.php?secc=nota&nid=27391sociedad&article=033n1soc>

Tarres, M. (s/f). *Ninis ¿Generación sin esperanza?* ABC universidades.com. Salud y medicinas (s/p). Recuperado el 25 de mayo, 2010 del sitio URL [http://www.abcuniversidades.com/Articulos/263/Ninis\\_\\_generacion\\_sin\\_esperanza\\_.html](http://www.abcuniversidades.com/Articulos/263/Ninis__generacion_sin_esperanza_.html)

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Tezanos, J., F. (2009) Ed. *Juventud y exclusión social: decimo foro de tendencias sociales*. Madrid: Sistema.

### **3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria**

La residencia en terapia familiar promueve habilidades de enseñanza, a fin que los egresados sean capaces de desarrollar actividades de enseñanza y difusión del conocimiento, así como diseñar programas o proyectos encaminados a atender las necesidades de la población, o bien, prevenir situaciones de riesgo presentes en la comunidad.

A partir de ello, otro aspecto desarrollado durante la estancia en la residencia de terapia familiar consistió en crear productos que consistieran en herramientas útiles para el conocimiento y la difusión de temas relevantes para la comunidad de terapeutas. Además de la elaboración y aplicación de un proyecto de atención comunitaria.

#### **3.1. Productos tecnológicos**

La elaboración de productos tecnológicos como parte de la Residencia tiene por fin proporcionar materiales útiles para los usuarios o en la prevención de la comunidad, o en su caso que puedan contribuir en la formación de estudiantes de la residencia. En este caso, los productos tecnológicos desarrollados en conjunto con algunos compañeros, estuvieron centrados en apoyar en la formación de terapeutas familiares, razón por la que se elaboró: el Curso de Inducción dirigido a alumnos de nuevo ingreso a la Residencia en Terapia Familiar, la creación de una página web y la síntesis del Seminario Terapia sexual sistémica con la pareja. A continuación se describe cada uno de ellos.



### 3.1.1. Curso de Inducción para 10ª Generación

El curso de Inducción, destinado a los alumnos de nuevo ingreso a la Residencia en Terapia Familiar (décima generación), se elaboró a partir de la idea de proporcionar a los alumnos la información relevante concerniente a los fundamentos de la Universidad, de la Facultad de psicología y de la residencia como tal. Para ello se seleccionaron temas que se consideraron necesarios de acuerdo a la evaluación de los cursos de inducción implementados en el pasado y a la propia experiencia. En este sentido el curso de inducción de la décima generación, se organizó a partir de estrategias que permitieron abordar los temas de forma significativa.

#### Objetivo

El propósito general de curso consistió en permitir que los alumnos que ingresaron a la residencia conocieran los aspectos básicos que comprenden la maestría y que serían útiles para su permanencia, promoviendo paralelamente la integración grupal y la identidad como alumno de la UNAM de forma dinámica y significativa.

#### Composición del curso

De esta manera, el curso estuvo conformado por tres sesiones con una duración de tres horas, organizadas en distintas actividades que tenían por fin dar a conocer de forma dinámica y significativa: 1) la historia de la UNAM, sus personajes principales y los servicios que brinda; 2) la historia de la facultad de psicología; 3) el programa de residencia en terapia familiar y los requisitos de egreso; 4) la búsqueda de información en bases de datos disponibles en la red UNAM, 5) y otros aspectos oportunos que facilitarían la integración grupal y la travesía en la maestría.

Las actividades desarrolladas retomaron nociones informativas, lúdicas, reflexivas, de conocimientos y habilidades personales y la exploración en el campus universitario, por lo que se utilizaron dinámicas de integración grupal y se diseñaron estrategias y/o materiales para cada una de estas. Las estrategias que estructuraron y destacaron por su innovación son:

- a) El desarrollo de un “Rally”, en el que se visitaron puntos claves de Ciudad Universitaria y se formularon preguntas referentes a la historia de la Universidad, la facultad, personajes relevantes y servicios que brinda la UNAM.
- b) El curso teórico-práctico en el Centro de Cómputo para la búsqueda de información en bases de datos de la Red UNAM, donde se proporcionó un Manual.
- c) Dinámicas de trabajo para abordar temas y dudas relativos a la residencia.

### **Evaluación**

Asimismo, se proporcionaron formatos de evaluación y favoreciendo, además, la retroalimentación grupal, obteniendo comentarios satisfactorios respecto a la relación establecida con el grupo, así como la información aportada.

### **Comentarios**

La organización y planeación del curso de inducción de la décima generación, representó un reto, ya que la cantidad de información que se consideró a transmitir era basta por lo cual se realizó una selección tomando en cuenta las necesidades a cubrir en base a nuestra experiencia y cursos anteriores.

Nos planteamos como objetivo principal el presentar dicha información de manera dinámica y significativa, por lo que nos dimos a la tarea de buscar estrategias que cumplieran con este objetivo. En este sentido se planteó la idea de desarrollar un rally en el que se visitaran puntos clave de Ciudad Universitaria, donde se formularan preguntas referentes a temas como la historia de la UNAM, personajes destacados, emblemas representativos, servicios y actividades recreativas, así como antecedentes de la facultad de psicología. Cabe señalar, que el rally representó uno de los aspectos novedosos en comparación con los cursos de inducción realizados anteriormente, lo cual resultó altamente provechoso para los alumnos pues les permitió conocer físicamente las instalaciones de la universidad. Al respecto, la retroalimentación a dicha actividad fue totalmente favorable pues demostró que se cumplió la expectativa de transmitir información de los temas antes mencionados y ayudó a la integración grupal pues reportan que durante el recorrido tuvieron la oportunidad de conocerse más.

Por otro lado, consideramos que se fomentaron las habilidades de negociación, comunicación y cohesión de grupo.

Otra de las actividades destacadas fue la capacitación práctica que se brindó sobre la búsqueda de información en base de datos de la red UNAM.

Consideramos que como equipo organizador, la forma en que se distribuyeron las tareas contribuyó al éxito del taller, ya que a pesar de haber una división del trabajo para contar con todo el material e información necesaria, cada uno de los integrantes se preocupó por apoyar a los otros en lo que fuera necesario, dando así un ejemplo de una actitud de apoyo y cooperación a los nuevos integrantes de la residencia, la cual consideramos es un aspecto fundamental dentro del posgrado. Asimismo, el curso fomentó la participación y colaboración.

Al pensar en los aspectos que podríamos mejorar, sugerimos ampliar los tiempos en actividades como la búsqueda de información y las carpetas, y quizás disminuir tiempos destinados a actividades como el rally.

Finalmente se puede decir que la forma en que se desarrolló el curso promovió la participación activa y el aprendizaje significativo en un ambiente de colaboración y respeto por medio de actividades atractivas entre los integrantes de la décima generación, por lo que los objetivos planteados fueron logrados.

### **3.1.2. Recopilación escrita de Seminario**

Se realizó una recopilación escrita de un Seminario de tal manera que pueda ser útil como un acervo de los avances y aplicaciones que se llevan a cabo desde la epistemología de Milán, propuesta a partir del trabajo de la Dra. Teresa Archelloni en la aplicación de la Terapia sexual sistémica con parejas.

La importancia de este producto tecnológico radica en la difusión del conocimiento y las nuevas aplicaciones que se pueden realizar con el Modelo de Milán por parte de los terapeutas en formación, así como de aquellos alumnos egresados de la Residencia que deseen mantenerse actualizados. Asimismo se presenta como una forma de compartir la información recopilada en estos eventos.

### 3.2. Programa de intervención comunitaria

#### Taller: “Ser Mujer No Significa Sufrir”

Bollás Hernández Beatriz, Kumul Coronado Noemí y Muñoz Arreola Leticia.  
Facultad de Psicología U.N.A.M.

#### Resumen

Abordamos temas que aún empiezan a hacerse notar: la construcción de la identidad femenina a partir de la clasificación genérica y su influencia en la violencia como forma de ejercicio de poder mediante el uso de la fuerza. Al conjugarlas, queremos encontrar los significados desde la construcción del ser mujer, para poder deconstruir y co-construir historias alternativas en las mujeres que viven o han vivido algún tipo de violencia. Partiendo de una postura socioconstruccionista y abordado desde el enfoque narrativo. Este trabajo, presenta la explicación del desarrollo del taller dirigido a mujeres. Las participantes (N= 11-17), cuyo rango de edad fue de 14 y 65 años, acudieron al taller impartido en el Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” los días 8, 11 y 15 de abril del presente año, con una duración de tres horas por día. El taller tiene objetivos específicos del área afectiva, cognitiva y psicomotriz. Dentro de los resultados de la evaluación hecha por las participantes, éstas las agrupamos en tres dimensiones y que a su vez, tienen otras categorías: el contenido (objetivos 62.5% excelente y 37.5% adecuado; temas, 75% excelentes y 25% buenos; tiempo actividades, 50% excelente y 50% buena; tiempo en teoría, 75% adecuado, e; Información, 87% excelente); el material (fue adecuado, manejable, útil y entregado en tiempo y forma) y las facilitadoras (escucharon, fomentaron la reflexión y participación, manejaron temas útiles para ellas; en conducción del grupo y conocimiento del tema el 87.5% excelente y el 12.5% bueno). Lo que las participantes consideraron les fue más útil del taller es a valorarse a sí mismas, ver otras posibilidades de ser y conciencia del valor de la mujer. Con base a los resultados de la evaluación, el taller finalmente quedó distribuido en cuatro días, con tres horas de duración cada una.

#### Presentación

El presente proyecto fue elaborado como parte de la formación del posgrado en Terapia Familiar, impartido por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. La impartición de Intervención Comunitaria dentro de la curricula de la Maestría nos permitió desarrollar esta propuesta de trabajo a través de la cual queremos

corresponder a la enseñanza obtenida en el posgrado, tanto en sus aportaciones teóricas como prácticas. Sobre todo aspiramos plasmarlas en la realidad social, tomando en cuenta las necesidades de las mujeres que acuden al centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro.

El taller, titulado “Ser Mujer NO Significa Sufrir” está propuesto a impartirse en cuatro sesiones de tres horas a un grupo de mujeres (de 10 a 15 participantes) para el que se propone una difusión a través de volantes, llamadas telefónicas y carteles (Ver Anexo I).

### Justificación

El tema de la violencia ha cobrado gran relevancia no sólo a nivel académico, sino también en el ámbito terapéutico y comunitario. No obstante, a pesar de ser reconocido como un problema grave que afecta la salud de las personas que la padecen, continúa afectando a gran porcentaje de mujeres y niños sin distinguir clase social o preparación profesional. Dicho fenómeno ha llevado a varios especialistas en el tema a considerar que es un problema generado a partir de las construcciones sociales que promueven identidades determinadas para cada género.

Precisamente por ello, el taller aborda las formas sutiles de violencia que se hayan presentes en la vida cotidiana de las personas. Esta violencia llamada por algunos autores como *violencia de género* o *violencia invisible* que se edifica en los preceptos culturales que dictan el actuar del sujeto y que le hacen creer que es legítimo, debido a que se basan en los discursos hegemónicos de la sociedad. En este sentido, consideramos dirigir nuestra intervención a las mujeres sin importar que hayan estado o no en terapia por situaciones de violencia, ya que consideramos que nuestra condición de ser mujer nos hace vulnerables a experimentar formas de violencia que se dan en lo micro y que por ello se ignoran.

Tomamos en cuenta el concepto de *microviolencia simbólica* como las prácticas habituales en las que se establece el dominio masculino, que ocasionan daño a la integridad en la salud física y psicológica de la mujer pero que sobre todo inhiben su desarrollo personal. Por esa razón, el presente Proyecto de Intervención Comunitaria se concibe como un medio para abordar y desconstruir los discursos sociales que conforman la identidad femenina.

### Desarrollo

La intención de crear un taller dirigido a mujeres es abrir un espacio que posibilite el análisis de los papeles que hasta ahora han sido asumidos y actuados sin oposición, pensados como naturales. La formulación y aplicación de un taller para mujeres es una forma de colaborar a la desconstrucción de los mitos y creencias que sostienen la violencia. Nuestro objetivo no es extinguir la figura de madre o esposa, sino coadyuvar a nuevas formas de relacionarse que permitan mayor libertad de acción, sin que por ello se vea cuestionada la identidad personal de cada mujer. En otras palabras el taller pretende Co-construir historias alternativas en las mujeres que viven o han vivido violencia.

Consideramos por tanto que para afrontar el fenómeno de la violencia se requiere de una visión compleja que observe el problema en todas sus aristas, teniendo en cuenta el uso de herramientas de conocimiento que puedan contribuir a historias alternas, es decir, posibilidades que ofrezcan condiciones menos coercitivas y limitantes para el desarrollo de capacidades y deseos personales que habitan en cada mujer. En este sentido, pensamos que el lenguaje juega un papel importante que nos permitirá reflexionar y crear un proceso dialógico que haga visibles las formas en las que se expresa la microviolencia simbólica.

Por consiguiente nuestro cuerpo de conocimiento se compone de la epistemología sistémica, el pensamiento construccionista social, el modelo narrativo, la visión de género y por supuesto investigaciones sobre violencia y el tratamiento proporcionado en nuestro país. Teoría a partir de la cual formulamos actividades, preguntas, comentarios interventivos y procesos reflexivos.

Tomando en cuenta lo anterior el Taller “Ser Mujer No Significa sufrir”, estuvo organizado en tres ejes temáticos: Género, Violencia e Identidad, los cuales consideramos de gran significación para el cumplimiento de nuestros objetivos.

### Comentarios

Las actividades fueron planteadas a partir de fundamentos teóricos de la terapia familiar sistémica bajo una visión de género y la mirada construccionista, lo cual permitió abordar las construcciones sociales que se configuran alrededor del “ser mujer” y promover la reflexión y de-construcción del estereotipo femenino que predomina en nuestra sociedad.

Finalmente, el taller se consideró de gran utilidad por las participantes, debido a que lo consideraron como un espacio que les permitió descubrir la importancia y valor de la elección femenina, logrando con ello un incremento en el valor de sí mismas, enriquecer su identidad como mujer y desarrollar una idea futuro de su ser con distintas posibilidades.

### Referencias

- Barberá, E. (Coord.) (2005). *Género y diversidad en un entorno de cambio*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la UPV.
- Barbera, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Bleichmar, E. (1989). El feminismo espontaneo de la historia. México: Fontamara
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 221-233.
- Burin, Mabel (1989). *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires: GEL
- Bustos, M., Loredó, A., Perea, A. y Trejo, J. (2002). Violencia contra la mujer. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 45, 6.
- Bustos, R., O. (2001). Educación superior, género y techo de cristal. En Regiones agrícolas en Centroamerica. Una aproximación socioeconómica. *Estudios Sociales Centroamericanos*. 6, 17, (mayo-agosto 1977), 95-109.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Cazés, D. (1998). *La perspectiva de Género*. CONAPO. México: Editorial Porrúa.
- Cazés, D. (2000). *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO/CONMUJER.
- Dorola, E. (1992). La naturalización de los roles y la violencia invisible. En Giberti, E. y Fernández, A. M. (Comps.). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Fernández, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bordieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31.
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. *Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional*, 6, 1-41.
- Gergen, J. Kenneh. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (1979). *Gender advertisements*. New York: Harper & Row.

- Herrera, S. P., (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de medicina integral*, 16, 96.
- Lagarde, M. (s/f). Identidad femenina. *Revista OMNI*, 20, 04
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. En Ludka de Gortari (coord.). *Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*. Nueva Antropología, 30.
- Mejía Hernández, J.M. (2006). *Violencia familiar e identidad femenina: una estrategia de intervención terapéutica*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Molina, P. C., (1992). Lo femenino como metáfora en la racionalidad postmoderna y su (escasa) utilidad para la Teoría Feminista. *Isegoría*, 0(6): 129-143 Consultado el 09-05-2011,
- Oakley, A., (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. España: Debate.
- Peirce, K. (1997). Women's magazine fiction: A content analysis of the roles, attributes, and occupations of main characters. *Sex Roles*, 37, 581-593.
- Ramos, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *La ventana*, 16, 130-181.
- Ravazzola, M. C. (2005). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, V. B. (2002). *Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración*. En, Alberto Fernández Lira y Beatriz Rodríguez Vega (2002). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ruíz, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz Santos.
- Scheider, S. (2008). Microviolencia simbólica de género. *Primeras Jornadas de Filosofía Política. Democracia, tolerancia y libertad*. Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado 3 de abril de 2011 en <http://www.cefysmdp.com.ar/mesas/2008/scheider.pdf>
- Seyla Benhabib (1996). *Democracy and Difference*. Princeton University Press: Nueva York.
- Stewart A. J y Mc Dermott, C. (2004). Gender in psychology. *Annual Review of Pshychology*, 55, 519-544.
- Stewart, A. J y McDermott, C. (2004). Gender en psychology. *Annual Review of Psychology*, 55, 519-514.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. Vol. 1. New York: Jason Aronson.
- Troncoso A. (1996). *El género masculino y su relación con la pareja*. Tesis de Lic. En psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Venguer, T. et al. (1998). *Violencia doméstica un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. México: IMIFAP AC- Population Council.
- Walker, L. (2005). La teoría del ciclo de la violencia. *Mujeres iberoamericanas*. Recuperado el 5 de noviembre de 2006 en [http://www.mujeresenred.net/iberoamericanas/article.php?id\\_article=14](http://www.mujeresenred.net/iberoamericanas/article.php?id_article=14)
- West, C., y Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *En Gender and Society*, 1, 125-151.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.



Young, I. (1984). Is male gender identity the cause of more on?. *Mothering: Essay in feminist theory*. Totowa NJ: Rowman.

### **3.3. Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos realizados**

La formación como terapeutas familiares requirió el desarrollo de competencias relacionadas no sólo con el uso de la metodología, sino también con la difusión conocimiento obtenido a partir de la participación como ponentes en congresos y foros académicos dentro de la comunidad científica. Por lo mismo tres de las colaboraciones que realicé en Congresos Académicos y la participación en distintos foros académicos, se presentan a continuación.

#### **3.3.1. Presentación en foros académicos de las investigaciones desarrolladas**

Se presentó la Ponencia sobre la elaboración de la “Escala de indicadores para establecer relaciones de pareja”, desarrollada mediante la metodología cuantitativa, en el IV Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, desarrollado en Ciudad Universitaria el día 29 de septiembre de 2010.

La modalidad de Ponencia facilitó la participación alterna con mi compañera Leticia Muñoz, a través de la cual adquirimos una nueva experiencia en la descripción y propuesta del instrumento, así como de su aplicación en el campo de la Terapia Familiar Sistémica.

Otra participación la obtuve como Cartelista en el XII Congreso de Terapia Familiar “Complejidad, Diversidad y Familia”, organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. y la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad de Tlaxcala. El congreso, con sede en el Estado de Tlaxcala, se llevó a cabo en los días del 17 a 20 de Febrero de 2011, siendo el día 18 la fecha en que se presentó la “Escala Para Establecer Relaciones de Pareja”, bajo la modalidad de Cartel.

Una última participación como residente de la Maestría, la realicé en el mismo Congreso, “Complejidad, Diversidad y Familia”, en donde participé en la Mesa temática *Procesos sociales y terapia familiar* con la Ponencia “Hacia una construcción en la Apatía de la juventud: El fenómeno Ni-Ni”, elaborada en colaboración con mi compañera Noemí Kumul Coronado. Espacio en donde expusimos los contextos y características de los jóvenes que han sido denominados “ninis” y que nos permitió enriquecernos con comentarios útiles para perfeccionar la investigación con estos jóvenes.

### 3.3.2. Asistencia a foros académicos

La asistencia a foros académicos durante la Maestría fue diversa y enriquecedora no sólo en un nivel teórico, sino también en el práctico, debido a que en la mayoría de ellos se pudo observar algún proceso terapéutico con familias o parejas consultantes. Hizo posible conocer las aportaciones teóricas que se hacen respecto de los modelos, abriendo posibilidades a nuevas formas de aplicación en la práctica terapéutica y permitiendo la sistematización y análisis de la información a través reflexiones o dudas expuestas en los foros. A continuación enlisto algunos de ellos:

- Seminario de Terapia Dialógica, impartido por el Doctor Bertrando y organizado por el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia* y su representante en México, llevado a cabo en octubre del 2009.
- Congreso de Epistemología y Psicología, que tuvo lugar en Ciudad Universitaria en febrero del 2010, exponiendo divertas temáticas relacionadas a las propuestas teóricas y epistemológicas en el campo de la Psicología y su aplicación en el campo de trabajo.
- Taller “Terapia Breve del Siglo XXI. La improvisación creativa del cambio”, realizado en mayo del 2010 y organizado por el Centro de Solución de Problemas y la Academia para la Formación, Investigación y Práctica de las Psicoterapias Sistémicas. El taller fue conducido por Bradford P. Keeney y a Wendel Ray y trató sobre los desarrollos teóricos que han tenido como terapeutas y la improvisación creativa en terapia como medio para promover el cambio.
- Asistencia al Laboratorio- Taller Intensivo de “Autoestudio de Emociones”, realizado en el mes de Julio del 2010 en Ciudad Universitaria. El Taller consistió en el abordaje y reconocimiento psicocorporal de las emociones, promoviendo el autoconocimiento y desarrollo personal.
- La participación en el taller “La entrevista clínica”, a cargo del ponente Karl Tomm, en marzo del 2011. En donde se expusieron las distintas formas de preguntas y se retomó la entrevista como proceso terapéutico.
- La asistencia a las conferencias “Familia y Discapacidad” y “La Investigación como Proceso Relacional en las Diferentes Configuraciones Familiares”, impartidas por la Dra. Laura Fruggeri en el Centro Médico Siglo XXI en mayo del 2011. Así como el Seminario “Diferentes Normalidades. Familia, posmodernidad y pluralidad como

principio metodológico” a cargo de la misma ponente. Foros que trataron sobre la epistemología de Milán (Boscolo y Cecchin) y la normalización de la diferencia.

- Primer Congreso Internacional en “Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los Caminos que se encuentran”. Realizado en la Unidad de Posgrados de la Familia y la Pareja del Complejo Cultural Universitario en Puebla en octubre del 2011. En donde pude conocer de manera personal las aportaciones teóricas recientes de los autores que se habían abordado previamente en la bibliografía básica de la Residencia.

#### **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

“Contra las éticas basadas sólo en la norma, la ley, la obligatoriedad y el deber, hay que alzar las éticas basadas en la virtud, la primacía del amor y la felicidad”  
Polaino Lorente

En el primer semestre de la Residencia se retomó el estudio del Código Ético del Psicólogo como parte indispensable en el trabajo como terapeutas en formación. Sin embargo, es la observación y la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos en el trabajo con los supervisores y los maestros de la residencia, lo que me permitió desarrollar habilidades en mi desempeño ético como profesional de la salud. En el siguiente apartado describo algunas consideraciones.

##### **4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional**

La ética se encuentra implícita en nuestro actuar cotidiano personal y profesional. No se puede ser ético en la vida personal y en la profesional no serlo, al menos esa es mi postura frente a la ética y a continuación trataré de explicar este punto de vista, el cual se compone de varias ideas, que surgen a partir del marco teórico-conceptual que poseo, de mi sistema de creencias desarrollado a lo largo de mi biografía personal y del análisis que se desprende del estudio del Código ético del psicólogo y del Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). Ideas que por supuesto están abiertas a la reflexión y por ende a la evolución con base a los retos frecuentes en nuestra experiencia profesional, en el conocimiento teórico (siempre inacabado) y en la vida misma, en el sentido de que como Seres sociales siempre estamos co-construyendo.

### **La ética, la moral y los códigos éticos frente al terapeuta**

Son varias las reflexiones que surgen en mí a partir de la ética. En primer lugar se encuentra la de la diferencia entre ética y moral, las cuales a mi parecer no son lo mismo, aunque desde el punto de vista filosófico guardan una relación. La filosofía de la ética la refiere como “costumbre” relacionada con la facultad volitiva del hombre, es decir, un saber que presupone en el hombre la existencia de una naturaleza primordial que permite una segunda naturaleza engendrada por la repetición de ciertos actos libremente ejercidos (acto moral) (Millán-Puelles, 2002). De acuerdo a Ortiz (2008), palabra ética se refiere al carácter o modo de ser de un hombre (alcanzado por hábitos).

Por su parte, Varela (2003) explica que la ética se relaciona más con la sabiduría que con la razón y está más ligada a comprender qué es el bien que a juzgar lo correcto en situaciones concretas.

Pero ¿por qué retomar esto? La explicación se basa en la idea personal de que el código ético del psicólogo más que abordarse como una serie de preceptos a seguir, debe asimilarse y concebirse como indispensable para desempeñar nuestro trabajo con alta eficacia y calidad, siempre atendiendo al bienestar de las personas que nos consultan y por ende a lo social. En este sentido y retomando a Varela (2003), la ética como terapeuta familiar implicaría un papel activo y comprometido, no un simple acatamiento mecanizado de las normas establecidas. Pero además no estaría presente sólo en el ámbito laboral, sino también en la vida cotidiana, la ética vista así implica una forma de vida que tiende a un mayor bienestar y la autorrealización personal.

Retomando esta ética que va más allá de códigos morales que rechazan comportamientos transgresores, Enriqueta Gómez Fonseca (2009), terapeuta familiar, nos dice que la ética sólo puede observarse desde la singularidad del sujeto, pues desde el sí mismo se es capaz de construir significados, conocer, desear e incluso cuestionar los modelos construidos socialmente para construir uno propio, pero sobre todo donde se elige el bien como parte de la dignidad y respeto humano.

La ética está vinculada a las forma de reaccionar en la cotidianidad de la vida diaria, así como también lo está en el saber cómo actuar terapéuticamente de manera concreta,

respondiendo a las necesidades de bienestar del sistema que consulta, en relación con un contexto cultural y social (Garzón, 2008).

### **Ética, conocimiento y poder**

Otro de los principales aspectos que considero en la práctica como terapeuta es la del conocimiento. Para Guardini (2000) La conducta ética surge del conocimiento conceptual o intuitivo que puede adquirirse a lo largo de la vida. Donde conocer consiste en un proceso de asimilación a la propia existencia a la vez de que se toma conciencia de él.

Aunque el autor hace referencia únicamente al conocimiento necesario para ser una persona ética, actuar con ética también implica un conocimiento académico. Para explicar esta idea recurro al Código Ético del Psicólogo (2007), en su apartado *Calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo*, el cual refiere que los servicios que realiza el psicólogo se basan en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado por la investigación científica, su trabajo corresponde a la educación y experiencia supervisada que haya recibido formalmente. Artículo de cual se entiende que es antiético ejercer la práctica terapéutica si no se cuenta con la preparación y conocimiento necesario, hacerlo podría conducir a resultados iatrogénicos y a daños irreparables. Esta convicción ha estado presente desde mis estudios universitarios y por ello parte de mis propósitos profesionales en el posgrado consistían en adquirir los conocimientos, habilidades y competencias que me permitieran abordar los problemas de las familias con un sentido de eficacia y calidad clínica.

Asimismo la ética misma requiere un reconocimiento del marco teórico-epistemológico que poseo. ¿Por qué sería necesario tal reconocimiento? Una respuesta inicial es que éste me permitiría conocer los efectos de mis prejuicios epistemológicos en las relaciones terapéuticas con las familias que llegan a consulta. Ante esto surge una nueva duda ¿para qué es necesario conocer dichos efectos? La respuesta más simple se debe a que mi marco teórico epistemológico es la base con la que se abordan los problemas de las familias o personas en terapia, son los lentes (teóricos) que me permiten como terapeuta dar cuenta de las situaciones que se me presentan, concebir a las personas como pacientes, clientes o consultantes, pensar los problemas como algo intra-psíquico o relacional, me conducen a

adoptar una postura de experto en el cambio o de colaborador para la solución del problema, etc..

Yendo todavía más allá, dicho reconocimiento de la propia postura epistemológica me lleva a analizar los aspectos políticos presentes en toda relación, específicamente la terapéutica, así como reconocer los efectos que tiene en el trabajo clínico con las familias que recurren a terapia. Esta reflexión, sin duda surge a partir de retomar el Seminario sobre Foucault y el poder (parte de mi formación universitaria en la UAM, Xochimilco) y de los modelos socio-construccionista de la Terapia Familiar Sistémica abordados en la Maestría. Para Foucault el poder y el conocimiento guardan una estrecha relación. los discursos académicos pueden ser utilizados para mantener una “normalidad” estipulada socialmente que no permita la diferencia.

Jacqueline Fortes (2009) retomando a este autor destaca la importancia los efectos negativos que el conocimiento puede tener al constreñir a los sujetos pero también apunta los efectos positivos del conocimiento cuando abre posibilidades de creación cuando se posiciona en un lugar activo de búsqueda de conocimiento. El conocimiento no es malo en sí, el peligro radica en que la terapia no tome en cuenta el problema del poder, las diferencias de poder en la relación terapeuta-paciente cayendo en el control.

### **Sistema de creencias del terapeuta y su relación con la ética**

Como terapeuta es de vital importancia tener en cuenta cuál es nuestro sistema de creencias, es decir, los significados, ideas, premisas y prejuicios que lo conforman. La postura que adoptamos frente a ciertos temas que pueden resultar complejos y polémicos como por ejemplo, el aborto, la orientación homosexual, la religión, el género, por mencionar algunos, requieren cierto cuidado al momento de hacer terapia para no caer en la trampa de reproducir o imponer un prototipo de “normalidad” o de “deber ser”, sólo porque forma parte de nuestra idea de lo que es “correcto”.

Conocer los propios prejuicios me permite analizarlos y evitar en la medida de lo posible imponer ideas, estereotipos de lo que tendría que ser una familia, una mujer, un hombre. Me conduce a ser respetuosa, tolerante y flexible a las múltiples posibilidades de “Ser” que existen, lo que hace posible la diferencia como parte de la dignidad humana y el respeto a las elecciones de los consultantes.

### Valores y actitudes dentro de la terapia bajo el esquema de un compromiso personal y social

Algunos valores y actitudes que considero indispensables en mí trabajo como terapeuta, a partir de mí formación en la Residencia, los describo a continuación retomando mi experiencia como terapeuta en formación, las reflexiones de algunos autores y el análisis del Código ético del Psicólogo.

*Contrato terapéutico.* Para Haley (2005) las principales cuestiones éticas a considerar dentro de la terapia son: el intercambio justo como profesionales entre lo recibimos y lo que damos y la cuestión de confidencialidad. Así el primer aspecto considera la misión que como terapeutas tenemos de contribuir al bienestar emocional de las personas como parte de un contrato o servicio remunerado que se establece desde el inicio de la terapia.

Por otro lado, la confidencialidad y el anonimato son aspectos éticos necesarios para proteger la información de las personas o familias en terapia y por ello el consentimiento informado se vuelve indispensable para solicitar autorización a la familia del uso de la información para fines académicos.

Asimismo, el control de la información que se aborda dentro de la terapia con algunos de los miembros de la familia también constituye una implicación ética en la que como terapeutas debemos ser cautelosos por las implicaciones tanto éticas como terapéuticas que pudieran tener. Un ejemplo de ello se observó durante la formación como terapeuta cuando en un caso se develó información desconocida por la paciente identificada, lo que nos llevó a cuestionar por un lado, la diferencia entre secretos familiares y la información privada, y por otro, las implicaciones del secreto en el proceso terapéutico. Esto nos llevó a reconocer la importancia que puede tener esa información en la vida de la persona implicada, la limitación del terapeuta para hablar del contenido del secreto y el recurso que puede implementar éste al hablar sobre los efectos relacionales del secreto (temores y lealtades que lo acompañan) sin necesidad de abordar el contenido cuando la familia se opone a revelarlo.

*Respeto y Tolerancia.* La importancia de respetar a la persona(s) que acude a terapia aceptando su historia, su dignidad y responsabilidad su propia vida (Boscolo y Bertrando, 2008), es otro aspecto relevante. Este punto se hace extensible en el trabajo con colegas, en

donde se gesta un espacio para la colaboración, respeto y tolerancia hacia el trabajo, ideas y comentarios que pueden enriquecer nuestro bagaje y comprensión al considerar más de un punto de vista ante un caso, situación o tema determinado.

*Conocimiento.* Ejercer la profesión con competitividad implica no sólo poseer el conocimiento, sino también saber aplicarlo. Al respecto, los modelos terapéuticos de la Terapia Familiar Sistémica, me permitieron comprender y abordar desde distintos enfoques un problema y su solución, de manera que puedo emprender procesos terapéuticos con intervenciones fundamentadas y encausadas a un objetivo. Cabe señalar que la aplicación teórica requiere en ocasiones una flexibilidad que permita cubrir la demanda de las personas que acuden a terapia. Al respecto el trabajo terapéutico con supervisión y equipo terapéutico constituyó la retroalimentación necesaria para reflexionar sobre la factibilidad de la aplicación del modelo y la habilidad en la aplicación de las intervenciones.

*Capacidad e integridad profesional.* La formación continua es una responsabilidad ética que se cultivó en la residencia, puedo decir que partir de mi ingreso he acudido a diversos Seminarios y Congresos con la finalidad de mantenerme actualizada y expresar mis dudas y comentarios referentes a la terapia familiar sistémica y su aplicación en diferentes contextos. Asimismo, es importante considerar el código ético respecto a buscar servicios de terapia personal cuando sea necesario. Incluso yo agregaría que parte de la integridad profesional consiste en ser autoreflexivo sobre la práctica que implementamos en los procesos terapéuticos que emprendemos.

Una vez egresada de la maestría este análisis pude aplicarlo a través de la auto-reflexión, la consulta con algún docente de la residencia, así como con mis compañeros en los casos que consideré necesarios y a fin de asegurar que mi desempeño profesional cumpla con el propósito de coadyuvar al bienestar de las personas.

A manera de conclusión el ejercicio ético que se requiere como parte del perfil de egreso de la formación de terapeuta, reconoce que el terapeuta más que un experto, es un ser humano que se reconoce a sí mismo en sus vicisitudes y posibilidades para co-construir con los consultantes en un contexto de ayuda. La base de una postura ética además se funda en el reconocimiento de los sistemas de referencia (teorías, técnicas, creencias, etc.) y su cuestionamiento para que a partir de ellos se creen las condiciones para un cambio desde



los recursos y potencialidades de las personas involucradas y los contextos implicados. Además es la humildad traducida en curiosidad lo que permite al terapeuta facilitar una multiplicidad de construcciones, elaboraciones y posibilidades en el espacio terapéutico.

La ética se asume como una serie de hábitos y costumbres sobre el cómo relacionarse, esta forma de práctica proyecta las actitudes con las cuales construimos nuestras relaciones y de las que el terapeuta tiene que adquirir responsabilidad. De acuerdo a algunos autores (Inger y Inger, en Eustace, 2005) es importante no caer en el riesgo del terapeuta de querer cambiar al otro sin privilegiar la sanación, la coherencia, el género y la generatividad, considerando esta última como un cambio discontinuo que interrumpe la coherencia interaccional de la familia que acude a terapia, tautología auto-sanadora de acuerdo a Bateson. Una forma de salvarnos de ese riesgo implica reconocer uno de los fundamentos de la terapia Familiar acerca de que participamos en aquello que observamos y a partir del cual surge el dialogo con las personas que acuden a terapia. Esta visión binocular nos permite una diferencia que conduce al espacio de las posibilidades, lo que implica entrar en nosotros mismos, si queremos incluirnos el otro.

## Capítulo IV



### *Consideraciones Finales*

*“Creamos nuestro propio mundo al mirarlo  
de acuerdo con nuestras propias presuposiciones,  
nuestras propias premisas,  
nuestras propias expectativas”.*

*Gregory Bateson.*

### Consideraciones finales

La Residencia en Terapia Familiar promueve que sus egresados posean competencias necesarias para un terapeuta sistémico-construccionista, las cuales se puedan observar en el dominio y aplicación del conocimiento, en la implementación de habilidades terapéuticas y en la investigación, bajo un marco de respeto y ética indispensables en la práctica profesional. La formación como terapeuta con una visión integrativa facilita el abordaje de problemas clínicos desde distintos modelos de intervención centrados en la estructura, en el proceso o en la construcción del significado, de tal manera que se contribuya a su solución o prevención de los mismos.

Al respecto, la formación de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Psicología, hizo posible desarrollar diversos aprendizajes tanto teóricos como prácticos en el empleo de la metodología cuantitativa y cualitativa, en el abordaje terapéutico con personas, parejas o familias con una visión sistémica y ética, bajo la idea de procurar bienestar emocional a las personas que acuden al servicio de Terapia Familiar a fin de coadyuvar a una mejor calidad de vida o solventar las demandas relativas a la profesión. Algunas de las habilidades desarrolladas en la maestría las explico a continuación.

#### 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

##### Habilidades teórico conceptuales

La residencia me permitió adquirir una gran cantidad de conocimientos referentes a los orígenes y fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica. Se abordaron a personajes pioneros en el trabajo con familias; los orígenes de la visión sistémica con base a las aportaciones del biólogo Bertalanffy y su Teoría General de los Sistemas; las Conferencias Macy, en donde se da a conocer las aportaciones de la teoría Cibernética y su aplicación en distintos campos; las aportaciones de Bateson como piedra angular de la Terapia Familiar; el trabajo de Milton Erickson; la Teoría de la Comunicación humana y los primeros modelos terapéuticos desarrollados a partir de estas aportaciones teóricas y prácticas de la época, así como su efectividad con los problemas que presentaban las familias.

Además, tuve un primer acercamiento a las aportaciones teóricas del constructivismo y el construccionismo social, a la posmodernidad como una crítica al modernismo y una nueva

forma de vida con valores distintos a la modernidad y por su puesto los modelos terapéuticos que surgen a partir de estos supuestos teóricos.

Conocimientos que considero me permiten poseer no sólo un cumulo de información, sino una epistemología de la Terapia Familiar sistémica y construccionista, aplicable al campo laboral de mi profesión. Asimismo, puedo agregar que dicho aprendizaje teórico, implicó en su momento, hacer y hacerme múltiples cuestionamientos y aclaraciones para saber si estaba teniendo un entendimiento adecuado de ellos, para integrarlos con conocimientos previos y de esta manera asimilarlos, manteniendo mi propio punto de vista pero además, procurando el acercamiento a las nuevas aportaciones hechas en la literatura académica referente a la terapia.

Debo hacer hincapié que los primeros modelos que tratamos en la maestría fueron de gran relevancia para mí, reconociendo su utilidad en la aplicación con familias. Sin embargo, los modelos posmodernos fundaron en mí un interés particular para aplicarlos en el trabajo con familias y personas que acuden a terapia.

### **Habilidades Clínicas: Detección, Evaluación y Tratamiento:**

El trabajo práctico con familias que acudieron al servicio de Terapia familiar fue otra experiencia triplemente enriquecedora. Por una parte, me permitió poner en práctica el conocimiento teórico- epistemológico asimilado en la residencia, ya fuera de manera directa al ser terapeuta titular o de forma indirecta, al fungir como observador del proceso terapéutico y hacer las aportaciones pertinentes (explicaciones e intervenciones a implementar) en pie del modelo teórico abordado en la supervisión.

Por otra parte contamos con la seguridad de desarrollar habilidades y competencias relativas al proceso terapéutico que emprendimos con las familias gracias a los comentarios y aportaciones de nuestros profesores, supervisores y equipo de trabajo terapéutico. De manera personal, las supervisiones desarrollaron en mí una mayor capacidad de observación cuando mis compañeros y/o el supervisor intervenían como terapeutas. Asimismo, cuando fui terapeuta los comentarios de los supervisores, sus reflexiones y aportaciones me condujeron a un análisis permanente de mis intervenciones con las familias, de su viabilidad y del mejoramiento en mi práctica como profesional de la salud.

Un tercer punto lo fue el equipo terapéutico, que experimenté de dos formas: como un sistema observándome detrás del espejo cuando fui terapeuta titular y como integrante del equipo que observaba algún proceso terapéutico. La primer forma, implicó de inicio un gran nerviosismo, sin embargo, después constituyó un recurso que me permitió escuchar y analizar otros puntos de vista, contemplar distintas observaciones, aportaciones, sugerencias y comentarios para intervenir con las familias, lo cual enriqueció el proceso terapéutico y me llevó a integrar lo que era útil en las intervenciones con las familias para cumplir los propósitos de la terapia.

La supervisión video-grabada fue otro espacio donde como terapeuta fue posible observar mis intervenciones en co-terapia y de manera individual. Los videos aunque enfocaban solamente al terapeuta me permitieron desarrollar una capacidad de observación y análisis del proceso terapéutico. Asimismo, me permitió observar mi lenguaje corporal y la concordancia con los mensajes en el nivel digital, el tipo de relación que establecía con mi compañera cuando trabajé en co-terapia y la coordinación en las intervenciones, así como la armonía entre sus ideas y las mías, la correspondencia de las técnicas o intervenciones con base al modelo terapéutico y el motivo de consulta de la familia.

De igual manera, escuchar grabaciones de voz de las sesiones (para realizar los reportes escritos), facilitó la sistematización y análisis del trabajo con las familias. Además, me permitió reflexionar en los cambios en los tonos de voz que hacía como terapeuta y en la pertinencia en los cambios de temas y las intervenciones.

La co-terapia fue una forma de trabajo que en un inicio me proporcionó seguridad para tratar con las familias (pues mi experiencia era nula) y que se me facilitó pues considero tengo habilidad para trabajar en equipo. El trabajo en co-terapia consistió en un aprendizaje de una especie de danza que consistía en intervenciones espontaneas y armoniosas bajo un modelo terapéutico compartido con mi compañera terapeuta, lo cual no siempre significaba tener los mis puntos de vista pero si el mismo objetivo. Me permitió retomar con mi co-terapeuta el uso de la pre-sesión y post-sesión aprendidas en las supervisiones para acordar las técnicas e intervenciones más adecuadas a las necesidades,

recursos, motivo de consulta y demanda de la familia en la Sede externa que nos fue asignada (San Lorenzo).

Como terapeuta individual, desarrollé y reconocí la importancia de enganche terapéutico, la empatía y la postura de escucha basada en una actitud de respeto. Aprendí a retomar el motivo de consulta y la demanda de la familia para poder establecer objetivos conjuntos y a partir de ello aplicar las técnicas e intervenciones de cada modelo terapéutico estudiado en la maestría. Asimismo aprendía a formular hipótesis relacionales, a considerar mis prejuicios y mi sistema de creencias y los posibles efectos que pudieran tener en mis intervenciones como terapeuta. Adquirí un estilo propio como terapeuta, aprendí a no tomarme todo con solemnidad y hacer uso del humor manteniendo mi idea de respeto al dolor de la familia. Aprendí a dar mis puntos de vista sin temor pues obtuve una mayor confianza de mis aprendizajes y de mi experiencia. Reconocí además que la experiencia clínica con la que contaba era suficiente para realizar actividades como profesional de una manera eficaz y ética.

Con el Doctor Raymundo Macías tuve la oportunidad observar y aprender a abordar a las familias desde una actitud de respeto y dignidad ante el ser humano, evaluar el tipo de problema y las opciones de solución, definiendo los objetivos de manera conjunta con la familia y siendo sensible al dolor que manifestaban, utilizar la meta-comunicación y manejar reclamos entre los miembros de la familia como peticiones, entre otros aprendizajes.

Participé en varias sedes de servicios clínicos como terapeuta familiar aplicando los diferentes modelos aprendidos pero apropiándome de un modo de trabajo acorde a mi personalidad, a mis valores y a las ideas que construyen mi marco de referencia preferido para explicar, dar solución y construir en conjunto múltiples posibilidades a los casos que acuden a terapia.

### **Habilidades de Investigación y Enseñanza**

Respecto a la investigación y enseñanza puedo decir que la residencia marcó una diferencia en lo relativo a la investigación cuantitativa, pues sembró un gran interés en mí por emprender proyectos de investigación relacionados a las necesidades o problemas presentes

en la sociedad. A través de la maestría adquirí la competencia para elaborar un instrumento de medición y desarrollar investigación cuantitativa, utilizando procedimientos éticamente necesarios y realizando procesos estadísticos pertinentes con la validez y confiabilidad necesarias.

Asimismo desarrollé habilidades para presentar temas relacionados a la epistemología o a las aportaciones que surgieron a partir de nuestras investigaciones cuantitativas y cualitativas por medio de ponencias y carteles presentados en algunos Congresos. Reconociendo la importancia de la investigación como parte de la profesión y la necesidad de nuevas aportaciones realizadas por mexicanos.

### **Habilidades de Prevención**

Adquirí habilidades tendientes a la elaboración de proyectos de salud comunitaria con base a las necesidades de la población, tanto en el nivel preventivo como en el de tratamiento. En este sentido puedo mencionar que cuento con la competencia de elaborar y/o llevar a cabo proyectos dirigidos a la comunidad. Dentro de la residencia participé en la elaboración de un taller dirigido a mujeres en el Centro Comunitario MacGregor y otro dirigido a adolescentes que viven alguna forma de violencia y desarrollado en conjunto con la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ambas experiencias me dejaron un gran aprendizaje y un reconocimiento de las diversas formas en las que podemos implementar nuestro trabajo profesional e incidir en la solución de problemas.

### **Ética y Compromiso Social.**

Considero que la competencia ética y de compromiso social estuvo presente de manera transversal durante los dos años de Maestría, incluso que fue precedente e hizo posible adquirir el conocimiento (teórico y práctico) de tal manera que al implementarlo en el trabajo profesional, es con la aceptación de responsabilidad que implica en mi papel como psicóloga y terapeuta familiar.

Mostar una actitud de respeto es básica en nuestra competencia como profesionales de la salud. La residencia hizo hincapié en la importancia del consentimiento informado como parte del encuadre terapéutico y necesario siempre para poder realizar actividades de grabación y publicación con fines académicos. Asimismo, todas las actividades dentro de nuestro campo de incidencia están enfocadas a detectar las necesidades de las personas y

conducirlas a un mayor bienestar, ello significa ser sensible a las necesidades de las personas y responder de manera profesional.

Algunos aspectos éticos como terapeuta, los considero a partir del énfasis en nuestras supervisiones de casos, las cuales partían de que como terapeutas estuviéramos alerta del trabajo que realizábamos y cómo lo realizábamos. Una vez egresados, es parte de mi práctica profesional analizar con honestidad mi trabajo terapéutico (o profesional), de tal manera que pueda hacer una evaluación de la calidad, eficacia de mis servicios así como de los posibles vicios o prejuicios que pongan en riesgo la eficacia y ética laboral. Por ello considero vital mantener una actitud activa, de interés sobre las situaciones que atiendo, investigando temas que puedan ser útiles y buscando una actualización constante.

Por último, entre los valores que puedo destacar como presentes en mi profesión se encuentra el respeto al dolor de las familias, a sus ideas o creencias, el reconocimiento de los recursos de las personas, la existencia de nuevas posibilidades de vida, el amor como una referencia de mayor bienestar, la colaboración con las familias, pues los expertos en el problema son ellos, la curiosidad como terapeuta y el conocimiento puesto a disposición de la persona que acude a terapia.

### **2. Incidencia en el campo psicosocial**

La aplicación de las competencias y habilidades desarrolladas en el Programa de Maestría se reflejaron en la elaboración de un instrumento de medición, en las investigaciones cuantitativa y cualitativa, en la elaboración y desarrollo de talleres comunitarios y en el trabajo terapéutico con familias, parejas o personas que solicitaron el Servicio de Terapia Familiar.

Como es sabido, las problemáticas presentes en nuestro país se relacionan a situaciones de pobreza, falta de empleo o salarios insuficientes para abastecer las necesidades básicas para una vida digna y de calidad. Este contexto social ha influido en un incremento en la inseguridad, delincuencia, violencia social y decadencia de las instituciones sociales y el Estado, así como en el surgimiento de diferentes configuraciones y arreglos familiares que co-existen en un medio social y cultural determinado, en donde en ocasiones la estabilidad emocional de sus miembros se ve trastocada confluyendo en la necesidad de acudir a



centros de terapia psicológica accesibles y eficientes. Tales como los centros de la Residencia, donde desarrollé actividades de entrenamiento terapéutico, entre los que se pueden destacar el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario MacGregor y Sánchez Navarro, el Centro Comunitario San Lorenzo y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

El trabajo clínico en estas sedes tuvo como temas frecuentes problemas relacionados con la pareja (comunicación, infidelidad, separación, desempleo y Violencia), siendo la violencia una problemática frecuente sobre todo en el Centro Comunitario Julián MacGregor, en donde se implementó la Terapia Familiar Sistémica con visión de Género; Problemas de límites y disciplina con hijos pequeños o adolescentes; depresión; afrontamiento de la identidad homosexual; problemas relativos a mejorar las relaciones y la comunicación familiar, y de manera específica en el Instituto de Rehabilitación, los casos atendidos se relacionaron a las tensiones generadas por la discapacidad de algún miembro de la Familia.

### **3. Reflexión y análisis de la experiencia**

Cursar la maestría en terapia familiar era un propósito cuya finalidad consistía en adquirir los conocimientos necesarios, las habilidades y herramientas pertinentes para desarrollar un trabajo en el área clínica que rescatara el contexto en el que se producían los problemas de las personas. Sin embargo, la experiencia de ser parte de la novena generación de la Residencia en Terapia Familiar supero esa perspectiva, pues fue altamente enriquecedora y constructiva. Aunque también muy demandante y extenuante en cuanto a las actividades que se desarrollaron dentro del horario de clases (con docentes y supervisiones) y aquéllas que se realizaron fuera de la Facultad o de las Sedes de supervisión.

A pesar de los temores que pude tener en su momento por la falta de una amplia experiencia en el área clínica y en la investigación cuantitativa, los dos años de Maestría me permitieron asimilar una gran cantidad de información que se convirtió en experiencia y conocimiento, superando mis expectativas iniciales. Adquirí el conocimiento sobre las bases teóricas de la Terapia Familiar y los diferentes modelos terapéuticos. Además, el constructivismo y el construccionismo social, así como lecturas sobre la posmodernidad, marcaron un parte aguas, pues de la incomprensión de éstas, pase al entendimiento y adopción de sus modelos terapéuticos, conduciéndome a un modo de hacer terapia.

El último semestre de la maestría constituyó para mí un momento de satisfacción y a la vez melancolía porque se estaba cerrando un ciclo. Considero que este semestre estuvo lleno de aprendizaje sobre todo práctico. La materia de Género y Violencia me dio la oportunidad de conocer formas de abordar la violencia, lo cual pude aplicar en el taller de intervención comunitaria, el que a su vez fue una oportunidad de conjuntar otros fundamentos teóricos y ponerlos al servicio de las personas, ya que en dicho taller se implementaron actividades fundadas desde el modelo narrativo y colaborativo. En el aspecto clínico, considero que tuve experiencias positivas en la terapia, pues construí autoconfianza en mis conocimientos y por ende en las intervenciones desde el modelo en que trabajaba.

No obstante, esa confianza alterna con un grado de incertidumbre que de alguna manera me permite reflexionar sobre mí actuar como terapeuta y cuestionar los fundamentos teóricos y éticos que están inmersos en mi práctica profesional.

Una lección aprendida puede ser que hay que probar aquello que en principio parece no ser de nuestro agrado y también valorar y cuestionar aquello en lo que creemos. Esto lo menciono porque cuando escuche por primera vez de los modelos posmodernos los cuestionaba y me parecían absurdos, pero solamente cuando comprendí la postura epistemológica y filosófica pude saber de lo que trataban en realidad, llegando a formar parte de mi postura como terapeuta.

Algo que no me gustaría dejar pasar es el gran valor que tuvieron para mí los modelos de Milán, tanto las portaciones desarrolladas en las investigaciones de Mara Selvini Palazzoli, como la propuesta de Boscolo y Cecchin. No haber supervisado alguno hubiera sido una gran pérdida porque cada uno constituye una comprensión distinta al abordar los problemas.

Finalmente puedo decir que la maestría ha valido mucho la pena y que me permitió lograr mi meta como profesional, además de estimularme siempre a seguir preparándome y probar nuevas áreas, como la investigación cuantitativa, la elaboración de instrumentos, talleres, proyectos y la participación en congresos, competencias que fueron novedosas para mí y que incluyó como parte de mi ser profesional. Como terapeuta además enfrenté temores sobre cómo atender a pacientes con antecedentes suicidas, violencia y depresión,

de los cuales quedo muy satisfecha por los cambios que lograron los pacientes al compartir su historia conmigo y mis compañeros, pues sin sus historias no habiéramos podido aprender los modelos y desarrollarnos como terapeutas.

Asimismo, no puedo dejar de reconocer que a pesar de haber tenido una fuerte carga de trabajo académico durante la Residencia, el aprendizaje obtenido fue una gran recompensa e incentivo para valorar el conocimiento y estimar las competencias adquiridas gracias a cada uno de los docentes que nos acompañaron y facilitaron el proceso.

#### **4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.**

Ingresar a la maestría representó una gran oportunidad y al mismo tiempo un reto. De inicio implicó tener que decidir entre estudiar la maestría o aceptar un trabajo. La decisión no fue fácil, el dilema me llevó a buscar nuevas alternativas optando por estudiar la maestría (pesé una suspensión de labores) y encontrar nuevas posibilidades como profesional y como persona.

Ser residente de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM fue un gran honor por ser un Programa de Posgrado de excelencia reconocido por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología). Al inicio tuve inseguridad de mi capacidad para mantenerme en el programa y concluir exitosamente. Sin embargo, ello se transformó en un reto que fue tomando un cauce que desembocó en algo más grande de lo que me imagine en principio.

Mis debilidades: una escasa experiencia en la práctica clínica y en la investigación cuantitativa. ¿Qué pasó? se transformaron en un área de oportunidad que fui fortaleciendo en los dos años de formación, hasta el punto de generar nuevas expectativas sobre la investigación cuantitativa y la presentación en foros académicos.

Referente a la experiencia clínica la inquietud por el “no saber” estuvo presente en mi persona y se transformó en la búsqueda de aprender (Conocimiento teórico) pero después me di cuenta que ese aprendizaje era insuficiente porque un proceso terapéutico no sólo implicaba aplicar teorías y técnicas de forma automática, sino crear una relación con los consultantes, implementar un feeling personal que ninguna técnica, ni explicación teórica podía enseñar al momento de hacer terapia. Entendí entonces la necesidad de confiar en

mis conocimientos y atreverme a crear mi propio estilo terapéutico, adoptando una postura con la familia.

A partir de ello puedo decir que me atreví a poner en práctica la teoría, ser más espontánea en las intervenciones y optar por una postura de curiosidad, cuestionando sobre los significados de los consultantes y tratando de ser colaborativa, cuidadosa y reflexiva. Reconociendo la importancia de una relación de empatía y respeto en donde se privilegie el conocimiento de las personas a fin de buscar nuevas posibilidades.

De manera personal también obtuve un crecimiento pues me siento muy satisfecha por los logros alcanzados con la formación como terapeuta y de alguna manera también como persona. Pues me siento con mayor la libertad de implementar y compartir mis conocimientos en el trabajo con adolescentes de secundaria, en el ámbito educativo y con familias en consulta, en la investigación y elaboración de proyectos.

El recuerdo del trabajo con docentes y con el equipo terapéutico está presente pues es para mí un orgullo haber tenido por compañeros a personas tan diferentes pero valiosas y con gran capacidad como profesionales. A través de ellos aprendí a compartir y cuestionar puntos de vista, a tener una mayor comprensión de la epistemología e incluso a mostrar mi pasión por mis ideas y mis proyectos.



## Referencias



- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*.8 (1), 3-7.
- Andersen, T. (2001). Ver y oír y ser visto. En Friedman, S. (Comp.), *El nuevo lenguaje del cambio* (pp.201-250). Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En Friedman S. (Comp). *Terapia familiar con equipo de reflexión: Una Práctica de colaboración* (pp.39-69). Buenos Aires: Amorrortu
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En, S. Friedman, (Comp.), *El nuevo lenguaje del cambio: la colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En, Limón A. (comp). *Terapias Posmodernas: Aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En, S. McNamee y K. Gergen (Comp.), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *CEPAL-CELADE. Publicaciones de las Naciones Unidas*, 77, 143-161.
- Arriagada, I. (2004), Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de Población*, 40, 71-95.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF). (1997). *Código de ética de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*.
- Barberá, E. (Coord.) (2005). Género y diversidad en un entorno de cambio. Valencia: Servicio de Publicaciones de la UPV.
- Barbera, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.

- Barcelata, B. (2007). Trabajo sistémico con familias: un enfoque estructural. En M.G. Méndez (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* (pp. 163-187). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bateson, G. (1975). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lumen.
- Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Beltrán R. L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En, L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia Familiar: su uso hoy en día* (pp. 197-223). México: Pax.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy (2011). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. y Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas* (pp.1-27). México: Pax.
- Bleichmar, E. (1989). *El feminismo espontaneo de la historia*. México: Fontamara
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 221-233.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, 119-130.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos aires: Amorortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2010). *La terapia sistémica de Milán*. Recuperado en [http://www.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LATERAPIASISTEMICADEMI LAN\(parapublicacionchilena\).pdf](http://www.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LATERAPIASISTEMICADEMI LAN(parapublicacionchilena).pdf)
- Boscolo, L., Cecchin, G., Bertrando, P. y Biancardi, M. (2003). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Biancardi. *Postfacio de clínica sistémica* (edición italiana de Terapia familiar sistémica de Milán). Milán: Bollati Boringheri.

- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalind Draper. En D. Cambell, y R. Draper. (Eds.), *Applications of sistemyc family therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: Pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 121-133.
- Burin, Mabel (1989). *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires: GEL
- Bustos, M., Loredó, A., Perea, A. y Trejo, J. (2002). Violencia contra la mujer. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 45, 6.
- Bustos, R., O. (2001). Educación superior, género y techo de cristal. En Regiones agrícolas en Centroamerica. Una aproximación socioeconómica. *Estudios Sociales Centroamericanos*. 6, 17, (mayo-agosto 1977), 95-109.
- Cacique, I. (2012). Vulnerabilidad a la violencia doméstica. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3(2), 46-65.
- Cade, B. y O´Hanlon H. W. (1993). *Guía Breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Canova, R. (2005). El misterio del respeto. *Connessioni*, 16.
- Carey, M. y Russell, S. (2003). Re-authoring: Some answers to commonly asked questions. En Russell, S. & Carey, M. (Eds.) *Narrative therapy: responding to your questions*. (p. 19–43). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications. Recuperado en <http://www.dulwichcentre.com.au/re-autoria.pdf>.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Cazés, D. (1998). *La perspectiva de Género*. CONAPO. México: Editorial Porrúa.
- Cazés, D. (2000). *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO/CONMUJER.
- Ceberio, M. (2002). *Mitos y desmitificaciones del modelo sistémico*. Recuperado de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos /7.pdf> Ceberio
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 26,4, 405-413.



- Cecchin, G., Ray, W. y Lane, G. (1997). *Verita e pregiudizi*. Milán: Raffaello Cortina.
- Cronen, V. E. y Pearce, W. B. (1985). Toward an explanation of how the Milan method Works: an invitation to a sistemyc epistemology and the evolution of family systems. En D. Campbell y R. Draper (Eds.), *Applications of sistemyc family therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Cronen, V. E., Johnson, K. y Lannaman, W. (1982). Paradojas, dobles vínculos y circuitos reflexivos. *Family Process*, 21, 91-112.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Famuly Process*, 23, 1, 11-17.
- De Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. y Weiner-Davis M. (2000). Terapia breve: Un desarrollo Focalizado en la solución. En: P. Watzlawick y G. Nardone (Comp.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (p. 151- 173). México: Paidós
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L.L. Eguiluz (Comp.), *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp. 49-80). México: Pax
- Dorola, E. (1992). La naturalización de los roles y la violencia invisible. En E. Giberti y A. M. Fernández (Comps.), *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Eguiluz, L. L. (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax- México.
- Eguiluz, L. L. (2009). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: UNAM- FES Iztacala.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH (2007). *Panorama de violencia contra las mujeres*. México: INEGI. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En L. L. Eguiluz. (Comp.), *Terapia Familiar su uso hoy en día* (pp. 116-138). México: Pax.
- Eustace, R. (2005). *Psicoterapia y Familia*. 8 (1), 77-79.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002). *La práctica de la psicoterapia. Las construcciones de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bordieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foerster, H. (1995). Construyendo una realidad. En P. Watzlawick (Comp.), *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Foerster, H. (1998). Por una nueva epistemología. *Metapolítica*, 2(8), 629-641. Recuperado de [http://biblioteca.funglode.net.do/biblioteca/Datos2/Documento\\$/Complejidad/POR%20UNA%20NUEVA%20EPISTEMOLOGIA.pdf](http://biblioteca.funglode.net.do/biblioteca/Datos2/Documento$/Complejidad/POR%20UNA%20NUEVA%20EPISTEMOLOGIA.pdf)
- Fortes de Leff, J., Aurón, F., Gómez, E. y Pérez J. (2009). *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia*. México: Editorial Trillas.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Terapia narrativa*. Nueva York: Norton.
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En L. L. Eguiluz (Comp), *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp. 81-113). México: Pax.
- García, B. y Oliveira, O. (2006). *Las transformaciones de la vida familiar en el México urbano contemporáneo*. Recuperado de [file:///C:/Documents/Las\\_transfromaciones\\_de\\_la\\_vidaOliveira.pdf](file:///C:/Documents/Las_transfromaciones_de_la_vidaOliveira.pdf)
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. *Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional*, 6, 1-41.
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Perspectivas en Psicología*. 4, 1, 159-171. Recuperado en [http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_7/vol.4no.1/articulo\\_13.pdf](http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_7/vol.4no.1/articulo_13.pdf)
- Gergen, K. (2006a). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. (2006b). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Madrid: Paidós.

- Gergen, K. (2010). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. En Gutiérrez, F. (Comp.). *Terapia Breve y familiar*. Puebla: Editorial Cefap.
- Glaserfeld, E. (1995). Introducción al constructivismo radical. En P. Watzlawick (Comp.), *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1979). *Gender advertisements*. New York: Harper & Row.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. y Walker, G. (1990). Amor y violencia: paradojas de género en las relaciones violentas. *Family Process*, 29(4), 343-364.
- Goodrich, T. (1989). *Terapia familiar feminista*. México: Paidós.
- Green, S. y Flemons, D. (Comp.). (2004). *Manual de terapia sexual breve*. Barcelona: Paidós.
- Guardini, R. (2000). *Fundamentos Antropológicos del acto ético. Ética*. Madrid: B.A.C.
- Haley, J. (1985). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrera, S. P., (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de medicina integral*, 16, 96.
- Hoffman, L. (1990). *Constructing realities: an art of lenses*. *Family process*, 29, 1-12.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. Gergen (Comp.), *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hoffman, L. (1998). Posmodernismo y terapia familiar. *Sistemas Familiares*. 35-47.
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- INEGI. (2010). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. México. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- INEGI. (2011a). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (2011).recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- INEGI. (2011b). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

- INEGI. (2012a). *Estadística a propósito del día de la familia mexicana*. México. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- INEGI. (2012b). *Mujeres y hombres en México 2011*. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Inger, I. y Inger, J. (1994). *Creating an ethical position in family therapy*. Londres: Karnac Books. Recuperado de <http://books.google.com.mx/>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (1999). *Las Familias Mexicanas*. México. Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Johansen, B. O. (1982). *Introducción a la TGS*. México: Limusa (2ª. Reimpresión 1986).
- Kenney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Lagarde, M. (s/f). Identidad femenina. *Revista OMNI*, 20. 04
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. En Ludka de Gortari (coord.). *Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*. Nueva Antropología, 30.
- Limón, G. (2005a). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas* (pp. 29-48). México: Pax.
- Limón, G. (2005b). El giro interpretativo en psicoterapia: terapia narrativa y construcción social. Mexico: Pax.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Luhmann, N. (1996). *Introducción a la teoría de los sistemas*. México: Universidad iberoamericana /Iteso/Antthropos.
- Lyotard, J. (1993). *La condición postmoderna: informe sobre el saber*. Rei: México.
- Macías, R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia*. México: El Saber Instituto.
- Madanes, C. (2001). *Terapia familiar estratégica*. Amorrortu: Argentina.
- Mahoney, M.J., Miller, H.M. y Arciero, G. (1997). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En M.J. Mahoney (Comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivista* (pp. 131-150). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maturana, H. (1994). La ciencia y la vida cotidiana: la ontología de las explicaciones científicas. En P. Watzlawick y P. Krieg (Comp.), *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Gedisa.

- McNamee, S. (1997). El discurso del agotamiento: una investigación construccionistas social. En Pakman, M. (comp.). (1997). *Construcciones de la Experiencia Humana* (173-194). Vol. II. Barcelona: Gedisa.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Medina, M. E., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf>
- Medina, M. E., Real, T., Villatoro, J., Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia a dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 55 (1), 67-73.
- Mejía Hernández, J.M. (2006). *Violencia familiar e identidad femenina: una estrategia de intervención terapéutica*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Millán-Puelles, Antonio. (2002). *Léxico filosófico. Qué es la ética filosófica*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós
- Minuchin, S., Nichols, M. (1994). *La recuperación de la familia: Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós
- Molina, P. C. (1992). Lo femenino como metáfora en la racionalidad postmoderna y su (escasa) utilidad para la Teoría Feminista. *Isegoría*, 0(6): 129-143 Consultado el 09-05-2011,
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaida: Dulwich Centre Publications. Recuperado en <http://www.dulwichcentre.com.au/que-es-la-terapia-narrativa.pdf>.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. (2010). *Terapia breve y familiar*. Puebla: CEFAP.
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.

- O'Hanlon, H. y Davis, W. (1989). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Oakley, A., (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. España: Debate.
- Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder
- ONU. (2012). *Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 16*. Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una Propuesta de Política Pública para Familias en el Distrito Federal*. México: Mac Editores.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud OMS). (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Ortiz, D. (2008). Elementos de epistemología sistémica que orientan el trabajo terapéutico. En D. Tapia (Comp.), *Terapia familiar sistémica* (pp. 58-112). Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana.
- Pakman, M. (1994). La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodologías para la acción. En M. Pakman (Comp.), (1997). *Las Construcciones de la Experiencia Humana* (pp. 245-262). Volumen II. Barcelona: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós
- Peirce, K. (1997). Women's magazine fiction: A content analysis of the roles, attributes, and occupations of main characters. *Sex Roles*, 37, 581-593.
- Quintanilla, S. (2002). Arturo Rosenblueth y Norbert Wiener: dos científicos en la historiografía de la educación contemporánea. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 7(15), 303-329.
- Ramos, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *La ventana*, 16, 130-181.
- Ravazzola, M. C. (2005). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1967- 2009. *Psicoterapia y Familia*, 23,1, 30-39.

- Roa, A. (2001). *Modernidad y posmodernidad: Coincidencias y diferencias fundamentales*. Editorial Andrés Bello: Chile.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En Eguiluz, L. L. (Comp.). *Terapia familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- Rodríguez, V. B. (2002). Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. En L. A. Fernández y V. B. Rodríguez Vega, (Eds.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de las narrativas terapéuticas* (pp. 29-48). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ruíz, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz Santos.
- Russell, S. y Carey, M. (Comp.). (2004). *Narrative therapy: responding to your questions*. Adelaide: Dulwich Centre. Recuperado en <http://www.dulwichcentre.com.au/conversaciones-de-externalizacion.pdf>.
- Salem, G. (1990). *Abordaje Terapéutico de la Familia*. Barcelona: Masson.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Scheider, S. (2008). Microviolencia simbólica de género. *Primeras Jornadas de Filosofía Política. Democracia, tolerancia y libertad*. Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado 3 de abril de 2011 en <http://www.cefysmdp.com.ar/mesas/2008/scheider.pdf>
- Selvini (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). Hipotetizar, circularidad, neutralidad. *Family Process*, 19, 1, 60-67.
- Selvini, M., Cirillo, S. Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Juegos psicóticos en la familia*. México: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. México: Paidós.
- Seyla Benhabib (1996). *Democracy and Difference*. Princeton University Press: Nueva York.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. Agosto, 65-69.

- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Stewart A. J. y McDermott, C. (2004). Gender in psychology. *Annual Review of Psychology*, 55, 519-544.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. Vol. 1. New York: Jason Aronson.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Pax.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia breve: teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7, 68-76.
- Tomm, K. (1987a). Entrevistas con intervenciones: parte I. La elaboración de estrategias una cuarta directriz para el terapeuta. *Family Process*, 26, 6-13.
- Tomm, K. (1987b). Entrevistas con intervenciones: parte II. La formulación de preguntas reflexivas como medio para permitir la autocuración. *Family Process*, 26, 167-183.
- Tomm, K. (1988). Entrevistas con intervenciones: parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas?. *Family Process*, 27, 1-15.
- Troncoso A. (1996). *El género masculino y su relación con la pareja*. Tesis de Lic. En psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- UNAM. (2012). Programa de Maestría y Doctorado. Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología. Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/Posgrado/index.htm>
- Urgazio, V. (1985). Hypothesis making: the Milan approach revised. En Campbell, D. y Draper, R. *Applications of systemic family therapy, the Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Varela, F. (2003). *La habilidad ética*. Barcelona: Editorial Debate.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp.1- 29). México: Pax.
- Venguer, T. et al. (1998). *Violencia doméstica un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. México: IMIFAP AC- Population Council.
- Villoro, Luis. (1992). *El pensamiento moderno*. México: Fondo de Cultura Económica.



- Walters, M., Carte, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. México: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- West, C., y Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *En Gender and Society*, 1, 125-151.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1982). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Young, I. (1984). Is male gender identity the cause of more on?. *Mothering: Essay in feminist theory*. Totowa NJ: Rowman.
- Zamarripa, M. (2009). Solution-Focused therapy in the south Texas borderlands. *Journals of systemic Theraphies*, 28, 4, 1-11. Recuperado de E-Journals database.
- Zohn, T. (2007). La construcción del constructivismo: implicaciones para la psicoterapia. *Psicoterapia y Familia*, Vol. 20(2), 18-26.

## Apéndice



"Escala de Indicadores Para Establecer Relaciones de Pareja" (EIPERP)



### ESCALA DE INDICADORES PARA ESTABLECER RELACIONES DE PAREJA



Folio: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES. Conteste de forma sincera cada una de las preguntas que se presentan a continuación, la información que nos proporcione será totalmente anónima y confidencial.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Edo. Civil:** (Marque con una X)

Soltera ( ) Casada ( ) Unión Libre ( )

Divorciada ( ) Separada ( ) Viuda ( )

Edad en la que inició su primera relación de pareja: \_\_\_\_\_ años.

Número de parejas a lo largo de su vida: \_\_\_\_\_

Tiempo de duración de su relación de pareja más larga: \_\_\_\_\_

**PUNTUACION** (SÓLO PARA EL ADMINISTRADOR DE LA PRUEBA)

**SUBESCALA 1** \_\_\_\_\_ **SUBESCALA 2:** \_\_\_\_\_ **Σ TOTAL (1)** \_\_\_\_\_

**SUBESCALA 3** \_\_\_\_\_ **SUBESCALA 4:** \_\_\_\_\_ **Σ TOTAL (2)** \_\_\_\_\_

INDICACIONES. Marque con una (X) la respuesta que considera va de acuerdo con su forma de pensar. No olvide contestar todas las preguntas.

		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1.	Cuando se tiene una pareja hay que dejar de hacer cosas que antes se hacían.				
2.	Saludo a las personas con las que coincido comúnmente.				
3.	Todas las parejas son infieles por eso hay que evitar enamorarse.				
4.	Tengo habilidad para atraer a una persona.				
5.	Sonrío ante las personas que me gusta.				
6.	Es preferible estar sola a tener las responsabilidades que implica tener una pareja.				
7.	Expreso con detalles o palabras, mis sentimientos a las personas que me gustan.				
8.	La experiencia enseña que es mejor estar sola.				
9.	Cuando alguien me atrae me esfuerzo en mi arreglo personal.				
10.	La vida de soltera es mejor que la de casada.				
11.	Soy coqueta con las personas que me gustan.				
12.	Tener pareja es aceptar que te controlen.				
13.	Soy capaz de conquistar a alguien que me gusta.				
14.	Permito la cercanía física de los demás.				
15.	Una pareja obstaculiza el desarrollo profesional o laboral.				
16.	Tener una pareja implica dejar de ver a los amigos.				
17.	Mi forma de ser resulta interesante a personas del sexo opuesto.				
18.	Comparto intereses con personas que me atraen.				
19.	El trabajo impide tener pareja.				
20.	Tener un trabajo bien pagado es mejor que tener pareja.				
21.	Es preferible una aventura amorosa que atarse de por vida.				
22.	Es mejor estar sola que mal acompañada.				
23.	Las relaciones de pareja sólo traen problemas.				