



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

ANTE TODO, FE EN EL PROCESO
TERAPÉUTICO. LA TERAPIA
COMO ENCUENTRO HUMANO

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

JORGE HOMERO OROZCO JIMÉNEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

**DIRECTOR: MTR. ARTURO MARTÍNEZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ TUTORIAL

**MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. IGNACIO RAMOS BELTRÁN FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



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.

AGRADEZCO...

A quien se fue, Isaac, las reminiscencias y entelequia...

A mi madre, Margarita, su locura, hermenéutica y apoyo...

A mi padre, Jorge, su acompañamiento y ayuda...

A mi pareja, Tamara, su pertinacia, compañía, cariño y, sobre todo, mi familia.

A mis amigos, tutti quanti, su escucha y retroalimentación.

A mis maestros, aquellos quienes son, su persona y experiencias.

A mi hijo, Darrel, la vida, que no le di y él si me dio...

ÍNDICE

Introducción	5

1 Antecedentes y contexto de la terapia familiar.	7

1.1.1 Características del campo psicosocial.	7
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.	13
1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	16

1.2. Descripción de los escenarios.	18

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila.	18
1.2.2 Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.	19
1.2.3 Centro Comunitario Los Volcanes.	21
1.2.4 Centro Comunitario San Lorenzo.	24
1.2.5 Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.	25

1.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.	29

2 Marco Teórico	32

2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna.	32

2.1.1 La Teoría General de los Sistemas.	32
2.1.2 Cibernética.	36
2.1.3 Pragmática de la Comunicación Humana	39
2.1.4 Constructivismo y Socioconstruccionismo	43

2.2 Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	49

2.2.1 Antecedentes.	49
2.2.2 Modelo Estructural	55
2.2.3 Modelo Estratégico	65
2.2.4 Modelo M.R.I.	70
2.2.5 Modelo Centrado en Soluciones.	85

2.2.6 Modelo de Milán.	94
2.2.7 Modelos Posmodernos.	103
3 Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.	129
3.1 Habilidades Clínico-Terapéuticas.	129
3.1.1 Primer Caso Clínico: Ante todo, fe en el Proceso Terapéutico.	129
3.1.2 Segundo Caso. El alcohólico que no lo era.	143
3.2 Habilidades de Investigación.	153
3.2.1 Investigación Cuantitativa: Tipos de violencia en relaciones simétricas y complementarias.	154
3.2.2 Investigación Cualitativa: Aproximaciones al concepto de infidelidad: acotaciones desde el modelo sistémico.	162
3.3 Aplicación de habilidades.	176
3.3.1 Intervención Comunitaria.	176
3.3.2 Desarrollo de productos tecnológicos.	190
3.4 Asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado.	193
4 Consideraciones Finales.	201
4.1 Habilidades y Competencias Profesionales.	201
4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales	202
4.1.2 Habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento	203
4.1.3 Habilidades de investigación y enseñanza.	204
4.1.4 Desarrollo de valores éticos y de compromiso social.	206
4.2 Incidencia en el Campo Psicosocial.	207
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.	209
4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en lo profesional y en lo laboral.	210
Referencias	212

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es la culminación del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. En 1995 se decidió cambiar la forma de conceptualizar las maestrías impartidas por la UNAM, de algo puramente investigativo a una combinación de investigación con formación profesional tipo especialización. El programa le exige, a quien lo cursa, realizar un reporte profesional de la experiencia obtenida durante el curso de la maestría.

El primer capítulo da cuenta de los prolegómenos y el contexto de la terapia familiar, siendo la maestría de corte sistémico, el primer capítulo, como debe, da cuenta del marco de referencia de la terapia familiar. Además se revisarán los principales problemas que aquejan a las familias en México y así como se hará una breve revisión de por qué el enfoque sistémico y el enfoque posmoderno resultan convenientes como una alternativa de solución. También se pergeñarán los diferentes escenarios en los que se trabajó durante la maestría, así como una sintética explicación de cómo se intervino en cada uno de ellos.

El segundo capítulo es puramente teórico, es una revisión de las bases filosóficas de los modelos sistémicos y posmodernos. Se revisarán la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Pragmática de la Comunicación Humana. Así mismo, se realizará una revisita de las principales escuelas sistémicas: Estructural, Estratégica, Soluciones, MRI y Milán; así como de las escuelas derivadas del enfoque posmoderno: Equipo Reflexivo, Narrativa y Colaborativo.

El tercer capítulo versará sobre el desarrollo de las competencias profesionales utilizadas durante la maestría. Se incluyen las competencias clínicas, se revisarán dos casos clínicos llevados a cabo en un hospital psiquiátrico; las competencias de

investigación, se da cuenta del trabajo realizado en el ámbito nomotético y en el ideográfico; y se resumirán las participaciones en un taller de intervención comunitaria y en el desarrollo de productos tecnológicos con fines educativos.

El cuarto capítulo podría llamarse simplemente cibernética de segundo orden, porque es un capítulo de índole reflexivo, autorreferencial y buscador de la pauta que conecta. Se hará una revisión de las competencias adquiridas durante la maestría, las consideraciones éticas sobre la terapia familiar y su práctica cotidiana y al final, las implicaciones que el trashumar en las sedes de la maestría trajo en la persona de quien suscribe estas palabras.

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1.1 Características del campo psicosocial.

Existe un sinnúmero de definiciones acerca de lo que es y no es una familia, toda una nosología acerca de su composición, su estructura y ciclo de vida, pero el enfoque sistémico no hace, y menos el posmoderno, cuadros nosológicos, porque el establecimiento de una teoría no es su principal meta, sino la descripción. Sin embargo, conviene revisar algunos conceptos sobre este constructo. El primero que podemos revisar es el de la Organización de las Naciones Unidas (2012) que dice que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización.

De acuerdo con el enfoque sistémico, la familia puede verse como un sistema. En este sentido, son varios los autores (Minuchin, 1977; Haley, 1995; Onnis, 1990; Watzlawick, 1989) que nos dicen que un sistema es: un conjunto de objetos, personas en nuestro caso, así como de relaciones entre dichas personas y sus atributos o características.

Sin embargo, antes de llegar a la conceptualización sistémica de la familia, podemos hacer un breve recorrido de las distintas concepciones que se tiene de la familia y de lo que se ha creído son los tipos de familia a lo largo de la historia humana. Tenemos el caso de Friedrich Engels (2006), quien pergeñó la historia de la familia así:

- a) La familia consanguínea: la primera etapa de la familia, los grupos sólo se organizan por generaciones. El incesto es permitido entre hermanos, pero no entre miembros de diferente generación.
- b) La familia Punalúa: en este tipo de familia ya no hay incesto entre hermanos, de hecho, de ahí viene el nombre, punalúa significa compañero íntimo y era la forma en que se denominaban dentro de las tribus hawaianas a quienes compartían mujeres, pero que consanguíneamente no tenían relación.
- c) La familia Sindiásmica: tipo de familia en el cual queda excluido todo tipo de relación sexual entre parientes consanguíneos, pero que sigue manteniendo, a pesar de contar con una “esposa principal”, con matrimonios grupales. Aquí, ya se puede hablar de fidelidad y de poligamia, pero el matrimonio sigue siendo muy frágil.
- d) La familia Monogámica: que es el tipo de familia actual, se diferencia de la sindiásmica por la solidez del lazo matrimonial. La necesidad de asegurar los bienes terrenales, hace que se busque hijos cuya paternidad no pueda ser discutida y así mantener el linaje y el ajuar en la misma vena familiar.

A pesar de las sesudas disquisiciones de Engels, él no es el único que ha descrito la génesis de las familias y mucho menos es el más acertado de todos. Tenemos a un médico nacido en Moravia de nombre Sigmund Freud (1986) que en *Tótem y Tabú* nos dice que el hombre primitivo es uno que domina a los otros hombres y que sostiene relaciones sexuales con todas las mujeres del clan. Nos dice que el primer tabú o prohibición es la de matar a ese hombre dominante (el padre) y la de tener relaciones con las demás mujeres del clan, o dicho de otra forma, el incesto. Eso dio pie para que entraran las religiones como el catolicismo, el Islam, etc., y así se erigieron estados y formas de relacionarse (familias).

La propuesta de Freud pronto es rebasada por un italiano de nombre Salvatore Cucchiari, quien nos dice que el hombre primitivo era bisexual, y que la primera prohibición no es la del incesto, sino la de la homosexualidad. Pero entrar en esa discusión está por demás en el presente trabajo. La idea que retomaremos de Cucchiari es la de consustanciación, que es una idea subyacente compartida en las personas que dice que hay algo, una sustancia, puede ser el semen, la sangre, el alimento, la leche materna, etc., que distingue el parentesco y nos crea vínculos familiares. Quizá la visión moderna de “es más padre el que educa que el que engendra” esté apoyando la idea de Cucchiari.

Por otro lado, Salvador Minuchin (1984) reconoce al menos 10 tipos de familias:

- 1) Familias de *Pas de deux*.
- 2) Familias de tres generaciones.
- 3) Familias con soporte.
- 4) Familias acordeón.
- 5) Familias cambiantes.
- 6) Familias huéspedes.
- 7) Familias con padrastro o madrastra.
- 8) Familias con un fantasma.
- 9) Familias descontroladas.
- 10) Familias psicósomáticas.

Elas describen todo un universo de familias, aunque no son todas las que solamente Minuchin llega a reconocer, en un trabajo más reciente, Salvador Minuchin, Michael Nichols y Wai-Yung Lee (2011) reconocen a las familias reconstituidas, un fenómeno muy actual del cual hablaremos más adelante. Las familias además presentan estructura, la cual se compone de límites y jerarquías y cabe recordar que la familia también es una *Gestalten* por lo que debe ser entendida como una unidad

diferenciada de sus partes.

¿Y qué sucede en México? De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Dinámica Familiar (ENDIFAM, 2005); En México, la estructura de los hogares es muy diversa. Se pueden dividir en familiares y no familiares. Dentro de los hogares familiares existen los arreglos nucleares; los cuales, a su vez pueden ser estrictos, es decir conformados únicamente por parejas, pueden ser nucleares conyugales, es decir, una pareja con hijos, o monoparentales, lo cual quiere decir que pueden estar conformados por un padre o una madre e hijos; los extensos, estos se caracterizan porque en esta clase de arreglos familiares viven otros parientes, además un núcleo familiar; y los compuestos, estos se definen como aquellos en los que viven también personas no emparentadas, con la exclusión de empleados domésticos. En los hogares no familiares, se incluyen los unipersonales y los integrados por personas no emparentadas que se suelen denominar “corresidentes”, de ellos no hablaré más porque no son pertinentes al presente.

La clasificación de las familias puede permitir conocer la forma en la que han evolucionado los diferentes tipos de arreglos familiares durante las últimas décadas. En la siguiente tabla, por ejemplo, se pueden comparar las frecuencias de los diversos arreglos en los años de 1982 y 2005. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional Demográfica y de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Familiar en México.

Tabla 1. Tipos de arreglos familiares

Distribución de los arreglos familiares		
Tipo de Hogar	END 1982	ENDIFAM 2005
Nuclear	68.8	67.8
Extenso	26.5	25.7
Otros	4.7	6.6
Total	100.0	100.0

Fuente: Tuirán, 2001 para la END, 1982 y Encuesta Nacional sobre Dinámica de la Familia en México, 2005.

De acuerdo con la siguiente tabla de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Familiar del 2005; la cual indica la cercanía geográfica entre padres e hijos o hijas, casi la mitad de personas de 18 años y más vive en la misma casa de su padre. En algunos casos incluso se habla de arreglos familiares extensos.

Tabla 2. Cercanía de los hijos con sus padres.

Cercanía geográfica entre los(as) hijos(as) y el padre								
		En la misma casa	En la misma colonia o barrio	En el mismo Pueblo o ciudad	En otra ciudad o pueblo dentro de México	En Estados Unidos	En otro país (no en Estados Unidos)	Total
Hijos	Rural	45,2	20,6	20,3	11,7	2,0	0,2	100,0
	Urbana	46,6	12,7	22,5	16,7	1,4	0,1	100,0
Hijas	Rural	37,5	16,5	26,3	17,3	2,2	0,2	100,0
	Urbana	36,4	14,9	26,7	20,3	1,5	0,2	100,0

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia, 2005.

Esta falta de límites entre las familias extensa y nuclear es analizada por Minuchin en Técnicas de terapia familiar y será revisada a mayor detalle en el apartado de los casos que se habrán de analizar. Un aspecto que se puede destacar es que existe una pequeña proporción de padres que radican en los Estados Unidos de Norteamérica; pero sobre todo es de destacar que son personas de localidades rurales, dado que son los que migran más hacia esa parte del mundo. Y con ello se generan problemas

como los de las familias acordeón.

Se puede decir que la cercanía geográfica entre hijos y padres es muy fuerte en México, dado que cuatro quintas partes de los hijos e hijas viven en la misma casa o en el mismo pueblo o ciudad que sus padres. Así que la problemática de los límites y las jerarquías parece estar más que acentuada.

Sin embargo, para saber cómo puede ser la calidad de este vínculo cercano en términos geográficos, quizás sea necesario conocer la frecuencia de contacto entre padres e hijos; para ello se presentan las siguientes gráficas que muestran estos datos.

Tabla 3. Frecuencia de contacto con el padre

		Frecuencia de contacto con el padre					
		Diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez al año	Nunca	Total
Hijos	Rural	43.3	28.9	15.2	10.0	2.5	100.0
	Urbana	20.7	40.1	20.1	14.1	5.0	100.0
Hijas	Rural	32.8	35.0	17.1	11.5	3.6	100.0
	Urbana	22.3	37.7	19.3	14.8	5.9	100.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia, 2005.

Si se comparan estas dos gráficas se puede observar que se mantienen las tendencias de relación con ambos padres. Cabe resaltar el hecho de que casi la mitad de los hijos y una tercera parte de las hijas se comunican diariamente con su padre y/o con su madre en comunidades rurales; en las localidades urbanas esta frecuencia se extiende a una vez por semana. Tal vez se pueda concluir que los vínculos son realmente estrechos.

Tabla 4. Frecuencia de contacto con la Madre

		Frecuencia de contacto con la madre					
		Diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez al año	Nunca	Total
Hijos							
	Rural	44.1	31.4	14.9	8.0	1.6	100.0
	Urbana	23.9	43.1	19.0	12.2	1.8	100.0
Hijas							
	Rural	34.7	35.7	17.7	10.3	1.6	100.0
	Urbana	27.1	40.4	18.4	12.2	1.9	100.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia, 2005.

De aquí podemos ver que en efecto, las familias mexicanas suelen ser aglutinadas, otra clasificación de Minuchin (1976) que dice que hay familias en donde todos están juntos y los límites hacia adentro y afuera suelen ser borrosos.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.

En la Encuesta Nacional de Dinámica Familiar se sugieren 7 causas comunes, que constituyen la base de los principales problemas al interior de la familia; estas causas se eligieron de entre aquellas familias que declararon haber tenido al menos un pleito en el mes anterior en el que se efectuó dicha encuesta.

En la gráfica aparecen como primer lugar los conflictos relacionados con la concesión de permisos y con la autoridad. En segundo lugar están los conflictos relacionados con asuntos económicos; en tercer lugar se encuentran las causas que dan origen a problemas relacionados con la convivencia y la comunicación. Posteriormente le siguen los problemas relacionados con la conducta y la educación de los hijos; en quinto lugar se encuentran las causas que dan origen a conflictos que tienen que ver con problemas de carácter o de opinión; en el sexto están las

adicciones; en el séptimo el cuidado y el orden del hogar; en el octavo los conflictos vinculados a la celotipia o la infidelidad y la violencia generada a partir de esto y en el décimo son los problemas con el resto de la familia extensa.

Tabla 5. Causas de pleitos en las familias.

Primera Causa de Pleito de los que tuvieron, al menos un evento en el último mes.

Permisos / autoridad	17.1
Asuntos Económicos	14.7
Convivencia / comunicación	12.4
Conducta / educación de los hijos	10.6
Problemas de Carácter o de opinión	8
Adicciones	6.6
Cuidado y orden en el hogar	5.6
Celos / infidelidad / violencia	4
Problemas con la parentela o con otros	3.8
Otro	8
Ninguna	0.3
Sin especificar	1.3
No sabe / no responde	7.7
Total	100

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia, 2005.

Es, quizás llamativo, el hecho de que existan problemas relacionados con toma de decisiones, permisos o autorizaciones, faltas que puedan ser consideradas un atentado en contra de la autoridad o la disciplina; todas estas causas ocupan el primer lugar, aún por encima de asuntos económicos.

Cuando hablamos de México, tenemos que ver, que la familia es la forma en que está organizada la población, así se define como hogar familiar aquel en el que por lo menos uno de sus miembros tiene relación de parentesco con el jefe. Existen en México poco más de 18.5 millones de hogares familiares, que representan el 93.7%

del total de los hogares a nivel nacional, esto lo dice el INEGI (2000) en Indicadores de Hogares y Familias por Entidad Federativa. En general, tres de cada cuatro hogares familiares a nivel nacional son nucleares (73.7%). El resto son hogares extensos (26.3%).

El tamaño promedio del hogar da cuenta del número de miembros que en promedio componen un hogar familiar. A nivel nacional, en 1995 cada hogar familiar contaba con 4.8 miembros, con diferencias significativas en el tamaño promedio de los hogares por entidad federativa. No únicamente son las cuestiones del número de miembros que compone una familia, sino su poder adquisitivo, en ese sentido, los números son los siguientes de acuerdo con el INEGI (2000): En 9 entidades del país la mitad o más de los hogares perciben un ingreso mensual de cuando más 2 salarios mínimos, destacando Chiapas y Oaxaca con porcentajes de 63.4% y 60.5%, seguidos por Guerrero, Hidalgo, Zacatecas, Veracruz, Puebla, Yucatán y Michoacán con proporciones que van de 55.1% a 50.3%. Los porcentajes más altos de hogares con ingresos de 2 a 5 salarios mínimos corresponden a cinco entidades: Baja California Sur, Colima, Coahuila, Sonora y Jalisco, en un rango de 43% a 40.2%. Sólo en 3 entidades del país más del 40% de los hogares se encuentra en el rango de ingresos superiores a 5 salarios mínimos: Baja California (47%), Nuevo León (45.8%) y el Distrito Federal (40.6%). Cabe mencionar que en las entidades en donde hay mayor cantidad de salarios percibidos, el costo de la vida también es más alto.

Por último, cabe mencionar una investigación muy interesante sobre la estructura familiar a lo largo del ciclo vital de la familia y los principales problemas en familias mexicanas a cargo de Jaime Montalvo, María Espinosa y Angélica Pérez (2013). Ahí concluyen que todas las familias que entrevistaron tenían un problema en común, la intromisión de las familias de origen en los miembros de la pareja. Los

límites entre ellos suelen ser difusos y las jerarquías poco claras, en un análisis estructural, la estructura de la familia es el problema. He ahí algo para analizar.

Podemos cerrar este apartado con la conclusión del capítulo 6 del Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Vivienda 1994-2009 (CONAPO, 2009): “México requiere robustecer la formulación de una política integral hacia la familia que considere las profundas transformaciones que experimenta la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles masculino, femenino e intergeneracionales, y la organización del espacio hogareño y del tiempo familiar. La familia registra una creciente diversificación de su estructura y adopta formas anteriormente menos comunes, impulsadas por la cambiante división del trabajo intrafamiliar, las pautas de nupcialidad y los crecientes índices de separación y divorcio”.

1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

La terapia sistémica es una propuesta nueva, podemos rastrear su génesis y encontrarlo en el lanzamiento del artículo: “Towards a theory of schizophrenia” (Bateson, 1998), publicado en la revista *Behavioral Sciences*, en 1956. Por lo que mantiene el *Zeitgeist*, sin embargo no sólo por eso, sino porque ofrece muchas ventajas que a continuación señalaré:

- 1) La duración del proceso, si bien hoy en día, casi todas las escuelas tanto sistémicas como posmodernas, han abandonado el contrato por diez sesiones, es importante comentar que la terapia sistémica es de corta duración, lo cual la hace sumamente atractiva en estos tiempos.
- 2) No etiqueta a nadie. En una época en la que se busca la equidad de género,

los derechos humanos y la igualdad social, contar con un enfoque que no catalogue a nadie, que no ponga etiquetas resulta muy atractivo.

- 3) El enfoque relacional. Los problemas son de las relaciones, no de las personas. Esto ayuda a no etiquetar y a mejorar de inicio la relación terapéutica, al no buscar culpables, la terapia ofrece un panorama alentador para las familias.
- 4) La economía de trabajar con uno y afectar a toda la familia. Uno de los principios de la terapia familiar es que no se necesita que toda la familia acuda a terapia, basta con que uno empiece a cambiar para que el resto le siga, esto por funcionar como un sistema. Ello es muy importante, porque a veces, la persona que acude a terapia no es quien tiene el síntoma, sino quien se ve más afectado por él, v. gr. una relación co-dependiente.
- 5) El uso de la comunicación más allá de lo hablado. Gracias a que en la terapia sistémica se utiliza la teoría de la comunicación humana, se observa la comunicación de las personas no sólo en lo tocante al lenguaje, sino en su conjunto, se ve la conducta (que es comunicación), relaciones, contexto y lenguaje analógico, que puede darle al clínico una excelente herramienta con la cual poder trabajar.
- 6) El respeto a las ideas y formas de arreglo de cada familia. La terapia sistémica es constructivista, o sea que piensa que cada persona construye su mundo a partir de la experiencia propia, y que cada persona vive dentro de ese mundo que construyó. La terapia posmoderna es socioconstruccionista, lo que quiere decir que conciben la realidad como construida a través del diálogo. De ahí que ambas posturas respeten la forma de organización, las creencias y los arreglos de cada familia, lo cual resulta importantísimo en una época posmoderna como la que vivimos.

7) Un principio *mutatis mutandis*.

1.2 Descripción de los escenarios.

Hubieron varios escenarios en los cuales se realizaron prácticas clínicas, lo que sigue es una descripción de dichas sedes.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila

El primer lugar en dónde se realizó la terapia fue en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila, el cual se encuentra ubicado en el sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004 y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs. Fue inaugurado en 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez, quien era la directora de la Facultad. En los albores del centro, este estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado adquiriendo su autonomía en 1983.

Dentro de los objetivos del centro, se encuentran los siguientes:

- Entrenamiento y supervisión a los estudiantes de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica.
- Proporcionar espacios en donde los alumnos puedan tomar cursos y/o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas.
- Elaboración de talleres para personas que asisten a solicitar servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

El Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila ofrece diversos servicios:

- Para los pacientes:

- Preconsulta: una entrevista de admisión para la correcta canalización del paciente dentro del centro.
- Aplicación de pruebas psicométricas.
- Talleres de autoestima, de escuela para padres, sobre fobias, etc.
- Terapia para niños.
- Terapia individual.
- Terapia de pareja.
- Terapia Familiar.
- Terapia de grupo.
- Para los alumnos:
 - Práctica para las residencias de Terapia familiar, Medicina Conductual, Psicoterapia para adolescentes, entre otras de la maestría en Terapia Familiar.
 - Servicio social para alumnos de licenciatura.
 - Prácticas profesionales para egresados de la facultad de Psicología en C.U.

Todo lo anterior para atender población en general, estudiantes de la UNAM, hospitales psiquiátricos y otras instituciones tanto públicas como privadas. Todo esto dentro de la infraestructura del centro, la cual se compone de 26 cubículos divididos en: espacios para entrevista individual, diagnóstico y 3 cámaras de Gessel (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sonido, sillones y sillas).

1.2.2 Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro fue fundado en mayo de 1981, depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la

Comunidad Universitaria y del Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM. Las personas que acuden a este centro son en su mayor parte de colonias aledañas (Díaz Ordaz, El Reloj, Ajusco, Candelaria, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo).

Entre las problemáticas más recurrentes en esta población se encuentran: conflictos de pareja y familiares, problemas con los hijos, problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, problemas en el manejo de las emociones, etc. El Centro Comunitario está conformado por 2 cámaras de Gessel, un salón de usos múltiples, sala de lectura y dos cubículos para uso de terapeutas, sala de cómputo, cinco cubículos.

Ubicación:

Se encuentra ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortinez de la Delegación Coyoacán.

Horario de atención:

9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs.

Líneas de Trabajo / Programas

En el Centro Comunitario se cuenta con 5 programas a partir de los cuales se organizan las actividades tanto académicas como de servicio a la comunidad. Estos programas son:

Servicios que ofrece

1. Promoción de la Salud
 - a. Escuela para madres y padres
 - b. Desarrollo Psicosocial
 - c. Hábitos Alimentarios
 - d. Familia y Salud Mental

- e. Habilidades para la vida
- f. Conciencia corporal.
- 2. Adicciones
 - a. Adicciones y violencia
 - b. Satisfacción Marital
- 3. Género y violencia
 - a. Prevención y atención de violencia
 - b. Grupo de reflexión
- 4. Psicología de la educación
 - a. La Sala de Lectura
 - b. EILE (Enseñanza Inicial de la Lectura y Escritura).
 - c. PAES (Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria).
- 5. Servicio terapéutico
 - a. Humanista, Psicodinámico
 - b. Gestalt
 - c. Cognitivo-Conductual
 - d. Sistémico

1.2.3 Centro Comunitario Los Volcanes

El Centro Comunitario Los Volcanes, se inauguró el 26 de noviembre de 2004. Fue parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C. El centro está ubicado en: Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F.

El centro pretende ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población 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.

Función / Objetivo general

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.

Objetivos específicos

- Participar en la formación de recursos profesionales fomentando la aplicación de competencias teórico-metodológicas y técnicas en la atención clínica de problemas de salud mental comunitaria.
- Proporcionar servicios de evaluación, orientación, terapia, rehabilitación, seguimiento y canalización, tanto a nivel individual, familiar y grupal.
- Realizar actividades preventivas para contribuir al fomento de la salud, a la reducción de la incidencia de problemas psicológicos y a la promoción del desarrollo integral de la comunidad, buscando su participación activa
- Desarrollar actividades de investigación tendientes a la detección y comprensión de las necesidades de salud, emocionales y psicosociales, para poder incidir en su solución mediante adecuadas propuestas de intervención.

Servicios que ofrece:

- **Servicios de Atención Clínica General**

- Preconsulta
- Evaluación Clínica
- Psicodiagnóstico
- Juego diagnóstico
- Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres
- Intervención en Crisis
- Psicoterapia focalizada y a tiempo limitado
- Referencia Institucional
- **Servicios de Atención Clínica Especializada**
 - Psicoterapia Individual
 - Terapia Familiar y de Pareja
 - Psicoterapia Grupal
 - Terapia de Integración Sensorial
 - Psicoterapia de Juego

Estructura

Docentes-Supervisores de los Programas Académicos

- Jefa del Centro: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota
- Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada
- Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez
- Dra. Paulina Arenas Landgrave
- Lic. Raquel Corrales Esparza
- Lic. Beatriz A. Macouzet Menéndez
- Lic. Teresita Vergara Rosales

De acuerdo a las características de la población que acude al centro las problemáticas que se atendieron fueron tales como: violencia familiar y violencia de tipo social, además se presentaron conflictos de tipo intergeneracional en un contexto que está pasando de lo rural a lo urbano.

1.2.4 Centro Comunitario San Lorenzo

El Centro Comunitario San Lorenz, es parte de una fundación muy grande llamada Bringas HAGhenbeck, la cual se funda en el año de 1935, la Srita. Luz Bringas y Robles constituye la Fundación "LUZ BRINGAS" aportando a ésta diversos bienes. En 1951 la Srita. Ma. de los Ángeles Haghenbeck y De la Lama crea la Fundación que llevó su nombre a la que también transmitió su patrimonio. En 1992, ambas instituciones se fusionan y surge la Fundación Bringas - Haghenbeck, iap. En el año 2007, la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal, solicita al Patronato de la Fundación Bringas - Haghenbeck, iap. su apoyo para integrar el Patronato de la Fundación "Ignacio Medina Lima" y con ello impulsar la voluntad y deseos de su fundador, Instituciones que se fusionan a partir del 1° de enero de 2011.

El Centro Comunitario San Lorenzo se encuentra en avenida San Lorenzo, 2171 Col. San Juan Xalpa, Ciudad de México, CP. 09850, D.F., Del. Iztapalapa. El centro ofrece distintos servicios:

- Área educativa:
 - Jardín de niños.
 - Primaria.
 - Secundaria

- Capacitación laboral:
 - Técnico en secretariado.
 - Belleza.
 - Computación.
 - Cocina.
- Servicios de salud:
 - Medicina general.
 - Oftalmología.
 - Psicología.
- Servicios a la comunidad:
 - Trabajo social.
 - Biblioteca.
- Deporte y convivencia:
 - Clases de baile.
 - Entrenamiento de fútbol.
 - Pintura.

1.2.5 Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Al paso de los años en el Manicomio General se crea la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, dan inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" que fue construido en la zona de Tlalpan en un edificio horizontal y fue el primero en inaugurarse, ya

que los niños desnutridos y abandonados del Manicomio General eran, sin duda, una prioridad. Su primer director fue el doctor Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en su género, fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

En su inicio tenía una capacidad de 220 camas. El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización.

El área de hospitalización contó en un inicio con cuatro pabellones:

- Pabellón A: Que atendía a mujeres con padecimientos mentales crónicos.
- Pabellón B: Que atendía a varones con padecimientos psiquiátricos crónicos.
- Pabellón C: Que atendía a varones con trastornos mentales agudos.
- Pabellón D: Que atendía a mujeres con trastornos mentales agudos

El pabellón A cambió a Hospital de día y las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos.

Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital granja y a un orfanato.

En 1990 aproximadamente, separan a las adolescentes con trastornos mentales agudos, quedando en el pabellón D, conocido ahora como la unidad de adolescentes mujeres.

Reúnen a las pacientes mujeres y varones con padecimientos crónicos en lo que ahora se conoce como la unidad de cuidados prolongados.

El pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos y a partir de la creación de PAIDEIA, en el año de 1994, se amplió su planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias adictivas, el cual opera hasta la fecha; quedando la unidad de adolescentes varones y PAIDEIA separados físicamente en dos edificios distintos.

Funcionando la unidad de adolescentes varones como tal a partir de 1992, para la atención de pacientes de sexo masculino menores de 18 años.

En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos en base a la población que demandaba atención con un alto grado de subespecialización.

Servicios:

- Consulta Externa.
- Hospitalización.
 - **La unidad de Adolescentes Varones**, da atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos, proporciona un tratamiento multi e interdisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando en el área biológica, familiar y la reincorporación a la sociedad, se brinda orientación familiar, apoyo con Inter consultas a otras especialidades. Se ejerce la docencia en el servicio con médicos residentes,

psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.

- **PAIDEIA** da atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos asociados con el consumo de sustancias psicotrópicas, proporciona un tratamiento multi e interdisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando en el área biológica, familiar y la reincorporación a la sociedad, se brinda orientación familiar, apoyo con Inter consultas a otras especialidades. Se ejerce la docencia en el servicio con médicos residentes, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.
- **La unidad de adolescentes mujeres**, da atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos, así como a pacientes con fármacodependencia simple y complicada, proporciona un tratamiento multi e interdisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías, actuando en el área biológica, familiar y la reincorporación a la sociedad, se brinda Orientación Familiar, apoyo con inter consultas a otras especialidades. Se ejerce la docencia en el servicio con médicos residentes, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en Psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.

- **La unidad de cuidados prolongados** tuvo su razón de ser cuando, al desaparecer la Castañeda, quedaron al cuidado de este hospital un grupo de niños con retraso mental grave de quienes se ignoraba el origen, al paso de los años algunos familiares de estos pacientes fueron localizados y se entregaron a estos, al cumplir la mayoría de edad su estancia en esta institución a quedado fuera del marco para el que fue creada por lo que se ha buscado un lugar donde puedan encontrar un hogar permanente y reciban un trato digno, humano y totalmente apegado a los valores que predominan en este hospital.
 - Hospital de día.
 - Urgencias.

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

La metodología de trabajo estuvo definida en cada escenario clínico por las propias necesidades de los pacientes, la epistemología (enfoque) utilizado para tratar a los pacientes y, por supuesto, las condiciones físicas y de reglamento de cada uno de los centros donde atendimos pacientes.

En casi todos los lugares se trabajó de la misma manera, esto es, retomando la estructura clásica de Milán, la cual es una sesión dividida en 5 partes a saber:

- Pre-sesión: en donde se comentaba la información que se tenía del caso y se hacían hipótesis sobre el posible problema de la familia o paciente, esto con el fin de tener una guía para las preguntas.
- Sesión: desde romper el hielo, rapport, desarrollo y casi al final de la sesión, se hacía una pausa para comentar con el equipo terapéutico que en el caso del Centro San Lorenzo, se encontraba dentro del mismo consultorio que el terapeuta y el paciente, a diferencia de los demás lugares.
- Inter-sesión: los terapeutas se reunían con el equipo terapéutico para discutir lo ocurrido, tener la cibernética de 2do orden y acordar una tarea, un cierre o un ritual, según fuera lo requerido por el caso en cuestión.
- Cierre: el o los terapeutas regresaban con la familia o paciente y cerraban la sesión con las indicaciones o formulaciones del equipo terapéutico. Esta parte del proceso podía durar en ocasiones desde 5 minutos hasta media hora en caso de existir alguna complicación.
- Post-sesión: aquí el equipo se reunía con los terapeutas para evaluar el impacto de la intervención con la familia o paciente. La post-sesión tuvo dos momentos reales, por un lado el momento formal... inmediatamente después del cierre y el “momento informal” el cual quiero poner como cuestión específica en un punto aparte.
 - Post-sesión informal: ocurrió muchísimas veces que los terapeutas y otros miembros del equipo terapéutica se reunían en pequeños holones (para utilizar términos estructurales) y se discutía el caso en escenarios tan variopintos como un salón de clases, el camión, la cafetería o cualquier otro lugar de reunión. Menciono este punto porque aun con

lo informal, esta retroalimentación era de capital importancia para la resolución del caso.

En el psiquiátrico se trabajó de manera diferente, porque no había equipo terapéutica. En un inicio se trabajó mediante la co-terapia, sin embargo, debido a la demanda de los pacientes y las diferencias horarias, no se pudo mantener este modelo y se optó por trabajar de manera individual. La supervisora hacía la supervisión de manera ex post facto, pues toda vez que se terminaba la sesión ella revisaba los casos con el terapeuta en turno.

2 Marco Teórico

Ningún hombre es una isla, versa el conocido poema de John Donne (2012), poeta inglés del siglo XVII, pero lo que casi nadie sabe, es que la continuación es todavía más atinada y pertinente para la presente parte del trabajo: *cada hombre es pieza del continente, parte del total*. Esto es el Marco Teórico, para poder entender qué es la terapia sistémica y posmoderna es esta sección. Revisar los prolegómenos de cualquier quehacer es empezar a entender sus alcances.

2. 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Se revisarán básicamente: Teoría de Sistemas, Teoría de la Comunicación, Cibernética, Constructivismo, Construcciónismo Social; que son la base epistemológica de la Terapia Familiar con enfoque sistémico y posmoderno.

2.1.1 La Teoría General de los Sistemas.

La Terapia Familiar Sistémica se fundamenta en dos bases teóricas: la primera es La Teoría General De Los Sistemas y la segunda es la Cibernética. La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue desarrollada por el biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy, durante la década de los años treinta; sin embargo, esta teoría no fue dada a conocer sino hasta 1968. Consiste, de forma muy sintetizada y básica, en principios y modelos aplicables a cualquier tipo de sistema, independientemente de su naturaleza; al mismo tiempo que, cualquier tipo de organismo vivo, se considera como un sistema organizado y definido por leyes fundamentales en distintos niveles

de organización.

Bertalanffy (1984), lo explica de la siguiente forma: Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Cada sistema consiste en un aspecto estructural que lo componen los límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones, y por un aspecto funcional que lo constituyen flujos de energía, información y retroalimentación.

Sin embargo, aunque se propongan ciertas generalidades, existen diferencias sustanciales entre tipos de sistemas; en este sentido Bertalanffy (1984), distinguía entre un sistema cerrado y un sistema abierto:

Un sistema cerrado es aquél cuyos elementos no tienen interacción con elementos del medio circundante y un sistema abierto se distingue porque presenta intercambio con el medio circundante, implica importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes. . . Todo organismo viviente es, ante todo, un sistema abierto. Desde esta perspectiva un sistema semi-abierto se genera porque en el sistema hay poco intercambio energético y es escasa la información con su medio circundante.

Además de lo ya mencionado, los sistemas vivos son sistemas abiertos, ya que intercambian con su entorno energía e información, tienden a la heterogeneidad y organización, además de poseer un comportamiento teleológico, basado en tres nociones: (1) Adaptabilidad, (2) Intencionalidad y (3) Persecución de metas.

Un concepto central dentro de la Teoría General de los Sistemas es el de “totalidad”, donde el comportamiento de un miembro del sistema es indisociable de la interacción de los otros miembros, por tanto, suceden dos cosas; la primera es que un sistema puede ser una familia y muy bien se pueden aplicar las premisas de esta

teoría, y la segunda es que cualquier cosa que afecte a un miembro, modificará a todo el sistema, incluso en su conjunto.

Bertalanffy (1984), observa que un sistema es distinguible de su entorno por la particular manera de relacionarse de sus componentes. Incorpora entonces, otro paradigma: la relación todo/entorno, quedando de esta manera explicitado que un sistema establece un flujo de relaciones con el ambiente donde actúa.

Asimismo en la Teoría General de los Sistemas se propone otro concepto, el cual es el principio de “equifinalidad”, definiéndola como la tendencia a un estado final característico, a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes rutas, fundada en la interacción dinámica de un sistema abierto que alcanza un estado uniforme. De acuerdo con este principio, a partir de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos se puede alcanzar el mismo estado final.

Un sistema complejo se encuentra conformado por una gran cantidad de elementos, cada uno de ellos con un objetivo distinto, aunque congruente con el del sistema. No obstante, la inestabilidad sobreviene cuando el objetivo del sistema aparta al elemento de sus propios objetivos y éste reacciona de determinada forma intentando modificar el sistema para volver a acercar sus objetivos a los propios. En cambio, si los componentes de un sistema son persuadidos de producir algún tipo de variación en bien del objetivo del sistema, se observará una mayor estabilidad en el comportamiento de éste.

Dentro de la Teoría General de los Sistemas también se pueden encontrar los componentes de un sistema (Bertalanffy, 1984):

- 1) Límite: El límite en un sistema es la frontera que separa al sistema de su entorno definiendo qué es lo que queda dentro y qué fuera.
- 2) Elementos o partes: Cada sistema es único con relación a sus propios componentes que lo constituyen, pudiendo referirse a objetos o procesos.

- 3) Red de relaciones entre las partes: Las relaciones entre sistemas pueden ser recíprocas o unidireccionales, estableciendo de que manera reacciona un elemento, de acuerdo con el comportamiento de otro relacionado.
- 4) Entrada o *Input*: Es el acceso a recursos del ambiente.
- 5) Salida o *Output*: Es el derrotero de corrientes de salida de un sistema.
- 6) Organización: La organización se conforma a través de un patrón de relaciones que definiría los estados posibles para un determinado sistema. La organización definiría los sentidos de las comunicaciones, sus prioridades, los momentos en que se produce la retroalimentación, etc.
- 7) Estructura: Estaría conformada por la interrelaciones más o menos estables entre las partes que de ésta manera generan un ámbito de actuación o de desenvolvimiento de la red de relaciones regidas por una organización. Precisamente esa estructura que contiene la organización de interrelaciones es la que distingue al sistema de su entorno.
- 8) Retroalimentación: Es el proceso mediante el cual un sistema abierto recoge información sobre los efectos de su producto en el ambiente sirviéndole para adaptar sus procesos internos a efectos de mantener tanto su producto como sus efectos dentro de los límites deseados.
- 9) Circularidad o Autocausalidad: La Circularidad se genera cuando el elemento A causa a B, y B a C, pero C causa A, por tanto A es en lo esencial auto-causado.

Sin embargo, cuáles son las implicaciones para un psicoterapeuta de todo lo anteriormente expuesto... veamos: la modificación que propone Bertalanffy es importantísima, la TGS propone observar las cosas dentro de su contexto, y presenta un cambio revolucionario dentro del proceso de observación de los individuos. Para empezar hay un cambio cualitativo definitorio porque no se observa al individuo de manera aislada, sino dentro de un sistema, ese sistema puede ser, como lo comenta

Bradford Keeney (1991): la familia es un sistema autónomo en el orden de recursión más alto.

Un psicoterapeuta sistémico cambia su visión de un individuo con problemas dentro de sí (sean existenciales, de reforzamiento, del yo) a un individuo como parte de un sistema en interacción con otros sistemas. Lo que nos lleva automáticamente a observar las relaciones del individuo con los demás, a entender el accionar de una persona como el resultante de un proceso de retroalimentación de un sistema con su medio circundante o con otros sistemas. Esta retroalimentación es justo la que da cuenta el otro pilar de la terapia sistémica, la Cibernética.

2.1.2. Cibernética

De acuerdo con Parin y Baievsky (1969), la cibernética es la expresión más clara de la tendencia a procurar el uso de las ventajas que presenta la generalización sintética de temas entre sí, tales como la matemática y la fisiología; la lógica y la electrónica, la automática y la psicología; es decir, que la cibernética ha acortado distancias entre diferentes disciplinas y, de forma muy similar que con la TGS, trata de implementar generalizaciones que sean de utilidad entre distintas disciplinas de forma teórica y pragmática, por supuesto, que esto atañe a la psicología y por ende a la terapia familiar.

Los orígenes históricos de la cibernética guardan estrecha relación con el trabajo de Norbert Wiener y su equipo de colaboradores; este equipo se formó entre 1936 y 1937 en los Estados Unidos, el grupo de investigadores provenían de diversas especialidades como por ejemplo el físico Manuel Sandoval Vallarta; los fisiólogos Arturo Rosenblueth y W. McCulloch, y los matemáticos J. Bigelow y R. Carnap. En otros países se organizaban equipos de trabajo y fue hasta los años entre

1940 y 1946 que empezaron a difundirse trabajos importantes de personajes como A. N. Kolmogorov, C. Shannon, John von Neumann, entre otros.

Fue el 11 de mayo de 1942, en New York, donde se realizaron por primera vez las conferencias Macy's; estas deben su nombre a que el auspicio de las mismas estaba proporcionado por la fundación Josiah Macy Jr. En aquella ocasión se presentó un trabajo que habían realizado Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow; el artículo era "Behavior, Purpose and Teleology" e históricamente es reconocido como el primer documento en cibernética. En este artículo se explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y, más aún, cómo su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento para corregirse y de este modo auto regularse (Eguiluz, 2004).

Y fue hasta el año de 1948 cuando nace la cibernética como disciplina independiente, debido a que ese año se publica *Cybernetics*, de Norbert Wiener, sentando las bases de esta nueva ciencia.

La palabra cibernética proviene de la palabra griega *Κυβερνήτης* (cibernéticos) y esta significa 'piloto'. El término se refiere al arte de la navegación; así Platón utilizó este término en el sentido del arte de dirigir a la sociedad; en el siglo XVIII lo aplicó Ampère, quien se dedicaba a la clasificación de las ciencias, a la ciencia del control; finalmente, Norbert Wiener definió la cibernética como la ciencia de control y comunicación en el animal y la máquina.

Entonces, la cibernética es la ciencia que se encarga de estudiar cómo los sistemas se controlan, se adaptan y ajustan, esto es, cómo los sistemas se retroalimentan. Debemos entender que un sistema no es sólo lo que obviamente parece sistema, como un sistema dinámico, un refrigerador o un termostato. Un ser humano bien puede considerarse sistema, porque a su vez está constituido por sistemas.

Von Foerster (1982) introduce el concepto de cibernética de segundo orden, o cibernética de los sistemas observantes: el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Von Glasersfeld, por último, abre el camino a los conceptos del constructivismo radical.

La cibernética de primer orden es la cibernética de los sistemas observados: esto quiere decir que se observa un sistema que presenta retroalimentación y se observan todas las cualidades antes mencionadas. Retroalimentación, control y autorregulación, pero el observador se considera fuera del sistema.

En la cibernética de segundo orden, la única diferencia, es que el observador se considera dentro del proceso que observa, por lo tanto el observador sabe que pertenece a un sistema, y cualquier observación que haga será la de un sistema que observa a otro sistema, con el cual seguramente está conectado. De ahí que se considere a la segunda cibernética la cibernética de los sistemas observantes.

Es por cuestiones académicas que en este apartado he separado la TGS de la Cibernética, porque para fines prácticos, en el proceso terapéutico y en la parte teórica de la Terapia Familiar, ambas teorías están imbricadas al punto de que cuando se habla de una, todos entendemos que hablamos irremediabilmente de la otra.

La utilización de TGS como de la Cibernética es para tener un nuevo enfoque, una nueva forma de ver la realidad, o como diría Kuhn es un cambio de paradigma, casi una revolución científica. Un ser humano puede ser visto como un sistema, ya que tiene dentro de sí más sistemas, el respiratorio, el cardiovascular, etcétera, además cada sistema puede ser visto como otro conjunto de sistemas así hasta llegar a los neutrinos o “cuerdas”. También podemos ver hacia el otro lado, un individuo puede ser parte de un sistema familiar, la familia puede ser parte de un sistema social, y así sucesivamente. Entonces el ojo del clínico dejará de observar sólo al paciente, para

observar al mismo en relación con los demás. Fue Frieda Fromm-Reichman (1948) quien introdujo el término “*schizophrenogenic mother*” para dar cuenta de una madre fría, rechazante, posesiva y productora de culpa... pero lo importante es que desde ahí se deja de ver sólo al esquizofrénico y se puede observar también a éste en relación con su madre. Frieda era psicoanalista, pero la forma de observar al paciente en su relación con la familia es el aporte y es lo que se logra a través de la TGS y la Cibernética.

No sólo en la práctica psicoterapéutica sino en lo referente a la psicopatología, porque en este ámbito se da casi, como diría Kuhn (2006), una revolución científica a raíz de un cambio de Paradigma. Porque toda la psicología anterior a la aplicación de la TGS y la Cibernética entendían, de una u otra manera, que las patologías estaban ubicadas dentro de la persona y que su génesis podía ser intrapsíquica, neuroquímica, de condicionamiento o de falta de sentido, dependiendo de si se trataba de enfoques psicodinámicos, biopsicológicos, conductistas o humanistas. Pero es la idea de que el individuo es parte de un sistema y que sus comportamientos pueden cobrar sentido a partir del entendimiento del sistema que la psicopatología tradicional casi pierde todo sentido.

Pero no sólo es la incorporación de la Cibernética y la TGS, existe otra base importantísima para el cambio paradigmático del quehacer del terapeuta, ese otro pilar es la Pragmática de la Comunicación Humana.

2.1.3 Pragmática de la Comunicación Humana.

La contribución de Watzlawick, Beavin y Jakson a la terapia familiar es inconmensurable. El cambio de enfoque en el estudio de la comunicación humana, de las motivaciones internas al efecto práctico que sobre las personas tiene la comunicación es la principal contribución, pero para explicar cómo debe entenderse

esto, traigo las palabras de Carlos Sluzki prologando la obra de Watzlawick (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1993):

“Comenzar a estudiar los fenómenos de la comunicación humana desde el punto de vista pragmático significa para quien los explora no sólo la apertura de un campo fascinante sino la dura tarea de desaprender mucho de lo aprendido: el observar con una nueva óptica y pensar con una nueva lógica una miríada de fenómenos ya estudiados desde otros ángulos por la psicología tradicional exige el esfuerzo simultáneo de luchar en contra de la contaminación por parte de los hábitos previos de pensar y percibir”.

Paul Watzlawick en Palo Alto California, hizo una contribución enorme al campo de la terapia familiar, a través del estudio de grabaciones de familias y de analizarlas una y otra vez, lograron asentar sus observaciones en 5 axiomas que valen para cualquier interacción humana. A continuación se ponen los axiomas de la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Jackson, y Beavin, 1993):

1. “No es posible no comunicarse”.
2. “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”.
3. “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”.
4. “Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”.

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

Estos son los axiomas básicos de la teoría de la comunicación humana (el término en inglés es preferible: pragmática, porque no es una teoría, sino el análisis de cómo se utiliza la comunicación). He aquí una breve explicación de qué significa cada axioma.

- 1) Al ser considerada la conducta como comunicación, no es posible no hacer nada, porque quedarse quieto es también una conducta. El lenguaje (oral o escrito) es sólo una de las manifestaciones de la comunicación. Por lo tanto, el ser humano (o los animales) de cualquier manera comunica.
- 2) Existe la comunicación que es pasar un mensaje, dato o información, pero el hablar o discutir sobre esa comunicación es una meta-comunicación.
- 3) Las secuencias no tienen un inicio, no existe una parte de la relación que sea independiente del marco o anterior a este. Por lo tanto se puede discutir interminablemente sobre la causalidad de las interacciones, pero es mejor admitir que es sólo dependiendo de cómo se puntúe que se dice quién empezó qué cosa.
- 4) La comunicación analógica es el tono de voz, la postura, el lenguaje no verbal. La comunicación digital es el lenguaje verbal. Son dos niveles diferentes de comunicación.
- 5) Las relaciones simétricas se dan entre personas con la misma jerarquía en una lucha de iguales por el poder en la relación. Las relaciones de tipo complementario, son entre personas con diferentes jerarquías. Y no buscan lo mismo, sino aquel papel que los complementa.

La pragmática de la comunicación humana es el estudio no de cómo deberíamos comunicarnos los seres humanos, ni de cuáles son las barreras de la comunicación o de las condiciones ideales entre emisor y receptor, sino el estudio de cómo de hecho nos comunicamos, integrando una visión sistémica y cibernética. Razón por la cual, se termina proponiendo una nueva psicopatología y hasta una nueva etiología de las enfermedades mentales. Gracias a esta herramienta, el clínico podrá ver y entender, desde una perspectiva ampliada, las conductas otrora psicopatológicas como conductas adaptativas en un sistema patológico.

El terapeuta que suscriba estos tres pilares epistemológicos estará siempre alerta de qué es lo que hace el paciente que contribuye a la situación en la que está. Lo que una mujer hace no será visto como la resultante de lo que el hombre hace, o como la causa del accionar del hombre, sino como parte de una interacción entre hombre y mujer (o entre mujer y hombre como quiera enunciarse). Lo mismo pasará para familias, parejas, grupos, instituciones, etc. Los alcances de este nuevo enfoque sólo estarán supeditados a lo que logre ver el terapeuta.

En realidad otro cambio importantísimo en el ámbito de la terapia es que el terapeuta deberá concebirse a sí mismo no cómo el guía y provocador del cambio del paciente, sino como parte del sistema interactuante entre paciente-terapeuta, y eso es un cambio enorme. Dejamos de tener una posición de superioridad y tenemos la posición de parte del sistema, lo cual nos da un mayor margen de maniobra. Nos posibilita entonces entender de forma diferente la resistencia, porque antes era del paciente, ahora se vuelve un problema de la interacción y para solucionarla no necesariamente debe moverse el paciente, si me muevo yo como terapeuta, la resistencia tendrá que desaparecer de igual modo.

Para cerrar este apartado, pongo una cita de un psicoterapeuta sistémico chileno-alemán que es muy atinado pues da cuenta de varias cosas que he mencionado aquí, dice Kurt Ludewig (1998): “En ese sentido el pensamiento sistémico no es una

teoría, sino más bien una “suprateoría” en la aceptación de Luhmann¹. Define una determinada posición ontológica y epistemológica, y por tanto una “manera de ver” (Steier), un “paradigma” (Kuhn) y una “cultura” (Wittgenstein, Maturana). Visto desde la teoría de la ciencia y desde la práctica de la vida, delimita un campo de lo “autocomprendible” (Hofstätter), un contexto de conocimientos entrelazados, que controlan la coexistencia y la comprensión cotidiana”.

2.1.4 Constructivismo y construccionismo social

Lynn Hoffman (1999) plantea que tanto el constructivismo y como el construccionismo constituyen dos versiones acerca de la idea posmoderna de que la realidad es construida. El construccionismo se ocupa del modo en que se desarrollan cognitivamente las representaciones del mundo y el socioconstruccionismo se refiere a las redes de significado que circulan socialmente en el lenguaje. Las terapias sistémicas se caracterizan por tener una base constructivista, de ahí que al momento de reencuadrar lo hagan sobre la base de que los constructos de las familias pueden cambiar, y como al cambiar su “esquema” lo que están cambiando es la forma en la que las personas entienden (representan, mapean) la realidad, es como si estuvieran cambiando la realidad misma de las familias.

Ernst von Glasersfeld (en Pakman, 2006) reconoce que el constructivismo radical, del cual él se puede considerar el padre, posee dos principios fundamentales:

- 1) El conocimiento no se recibe pasivamente a través de los sentidos o a través de la comunicación, sino que es creado activamente por la cognición del sujeto.

¹ Ver Luhmann, *Sociedad y Sistema*.

- 2) La función de la cognición es adaptativa y le sirve al sujeto para organizar su experiencia del mundo, no es el descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.

Para Feixas (1990), el punto de partida del constructivismo es que aunque la realidad exista, no podemos conocerla sino a través de un proceso de construcción, en el cual el sujeto participa de forma activa. Además reconoce, y esto es muy importante para todos los que nos dedicamos a la terapia familiar, que la construcción se da en un contexto socio-afectivo determinado, entendiéndose la familia. Así, no existe solo una manera de entender los acontecimientos, sino que cada persona construye de acuerdo a sus esquemas perceptivos y de significado, y estos están vinculados a sus contextos familiares y sociales. Este punto se tocará más adelante a partir de la postura Mahoney y Granvold.

Robert Neymeyer (Neymeyer y Mahoney, 1995), plantea que el constructivismo, igual que Kant, cree que la realidad es, en última instancia, una realidad del noúmeno. Kant planteaba que la realidad, fuera del sujeto que la conoce, era: *das Ding an sich*, lo cual quiere decir en alemán, la cosa en sí. O un mundo noúmeno, y que la realidad para el sujeto es un mundo fenomenológico. Para el constructivismo, la realidad es independiente del sujeto que la conoce es una realidad ontológica, por lo tanto un sujeto no la puede asir. Lo que el sujeto hace, es construir un modelo de la realidad. Según Mahoney y Granvold (2005), el constructivismo sostiene que los seres humanos somos participantes de nuestras propias vidas y que lo más importante para el constructivismo es el proceso, y cuando hablan de proceso se refieren al proceso constructivo de la experiencia humana. De hecho ellos entienden el constructivismo como una meta-perspectiva la cual:

- Implica que la experiencia humana involucra una continua agencia activa.

- La mayoría de la actividad humana es tendiente al proceso de ordenamiento, el cual puede ser emocional, tácito o categórico. Y que ese proceso de ordenamiento es fundamental en la construcción de significados.
- La organización de la actividad personal es fundamentalmente auto-referencial o recursiva. Y el punto de anclaje sobre el cual se sienta la experiencia es el cuerpo a través de los sentidos.
- Las capacidades de auto-organización y de creación de significado son influidas fuertemente por procesos simbólico-sociales. Las personas viven dentro de una red de relaciones, las cuales están mediadas por el lenguaje y los sistemas simbólicos.

Cuál es el impacto que esta corriente filosófica o esta meta-perspectiva tiene sobre la terapia familiar. Como ya pudimos observar, el constructivismo propone esencialmente que la realidad es construida por el sujeto en el proceso perceptivo. Lo cual tiene como corolario, que existen tantas realidades como formas de construirla existen. La Terapia Familiar toma esto y lo utiliza y magnifica. Porque el terapeuta se vuelve una especie de demiurgo de realidades alternas. El terapeuta puede ofrecer los ladrillos para que las familias y los individuos creen sus nuevas construcciones y con ello vivan diferentes realidades.

Es importantísimo aclarar que con la utilización del constructivismo permite el reencuadre, la resignificación del síntoma y todas aquellas maniobras que buscan modificar o sustituir la realidad de las familias. Porque al ser construida la realidad no existe ninguna más válida que otra, cualquier realidad es igualmente válida, siempre y cuando sea válida para la persona o familia. Sin embargo, como lo enfatizan muchos terapeutas, existen realidades mucho más útiles que otras. Usualmente con las que llegan los clientes y familias a terapia es una irresoluble, una en que el problema es la regla y no la excepción, aquella en la que una persona

no posee los medios para solucionar sus problemas. La Terapia Familiar busca plantearle a la familia aquella realidad que le sea más útil, el terapeuta podrá brindarle una realidad, o las preguntas para que el cliente o familia la construya, más útil, menos atemorizante. En la cual la familia o cliente puedan crecer y sentirse mejor. Sin embargo, no es de la única corriente o modelo del que la Terapia Familiar echa mano, también lo hace del socioconstruccionismo. A continuación se da una breve explicación de qué es y de dónde viene.

El construccionismo social, que es un subproducto de la posmodernidad, plantea en cambio, que todos los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de la realidad, esto es, que en las interacciones con los otros se va creando la realidad, haciendo que el significado no provenga de la mente, sino del contexto del discurso, o sea de las demás personas (Gergen, 1985). Así entonces, la construcción de significado se da a través de lo social, a través del discurso con el cual nos comunicamos (Limón, 1997; Limón, 2005).

Pero esto no nos ofrece mucha claridad sobre cuál podría ser la diferencia entre el constructivismo y el construccionismo social. Ya que ambas pareciera que hablan de cosas muy parecidas. Empero, existen diferencias entre una y la otra, pero una que merece especial mención, es una de la que nos habla Gergen (2005): el constructivismo dice que las personas construyen su realidad a partir de la interacción con los demás, porque las interacciones con los otros, con el otro, proveen el material con el cual uno construye su realidad. Sin embargo, para el socioconstruccionismo, el diálogo con el otro construye a los individuos, el hecho de que alguien pueda decir soy yo, o eres tú, es porque ocurrió un diálogo. Por lo tanto, no es que entre las personas se construya una realidad al momento del diálogo, sino que el diálogo produce individualidades, produce el efecto de un yo y un tú. Porque la “Realidad” está constituida por las relaciones dialógicas y de ahí se desprenden

los sujetos, por lo tanto, a diferencia del constructivismo, no podemos hablar de un sujeto independiente de la realidad, no tiene sentido eso para el construccionismo social... dicho de otro modo, no hay sujeto independiente del contexto.

Keneth Gergen (en Pakman, 2005) propone cuatro supuestos fundamentales del construccionismo social:

- A. *Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones. Están dictados por el contexto y por el proceso dialógico. O sea, el lenguaje que utilizamos para describir la realidad no depende de la realidad, sino del contexto social.*
- B. *Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas. Las descripciones y explicaciones del mundo son el producto de relaciones cooperativas. Porque las palabras sólo adquieren significado dentro del diálogo.*
- C. *La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social. De aquí se desprende que no existe ninguna explicación que tenga mayor validez que otra, y que la producción científica está determinada por condiciones sociales, no sólo por condiciones metodológicas.*
- D. *Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación. El significado de las palabras no depende de la relación*

significante-significado, sino de la relación entre las personas (contexto social) y el significado. Porque se entiende a la semántica como un derivado de la pragmática social.

E. Apreciar las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo. Cada grupo posee una forma de discurso, cada ciencia posee una significación y una estructuración de su lenguaje, que refleja su quehacer y entender, para poder comprender más, se necesita dialogar, para comprender y construir significaciones más amplias.

Lo anterior obedece al construccionismo en su relación con lo científico y cómo se separa de la concepción tradicional, pero el propio Gergen (en Pakman, 2005) reconoce que lo importante del construccionismo no está en lo teórico, sino en la praxis del terapeuta, que es ahí en donde adquiere su principal significación. Así que Gergen (2006) propone tres aspectos importantes en lo tocante al proceso terapéutico:

1. No abordar al cliente con un conjunto de suposiciones o métodos rutinarios, ya que ello puede hacer que no escuchemos al cliente. Propone que es mucho mejor escuchar desde una postura de no saber (haciendo referencia a Anderson y Goolishian).
2. El relato del cliente no es la descripción precisa de un problema, sólo es una construcción contingente, y por ello, modificable. Las descripciones sólo reflejan la forma en que se relacionan los clientes, de sus relaciones con los demás.
3. Evitar centrarse en la subjetividad del cliente, porque entonces validaríamos sus construcciones al ser nosotros un co-constructor de la realidad como él la

entiende. Lo que propone Gergen es centrarnos en sus contextos relacionales y en explorar el significado práctico de su discurso en el seno de estos contextos.

Tanto el socioconstruccionismo como el constructivismo sirven como telón en el que se desarrollan las diferentes escuelas de la terapia familiar, sean estas de corte sistémico o posmoderno. Y como vimos tienen diferentes implicaciones sobre el quehacer del terapeuta, sin embargo, lo aquí definido son sólo los argumentos que utilizarán las escuelas de terapia. A continuación los modelos de terapia familiar.

2.2 Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

En este apartado se plantean de manera breve, los diferentes modelos sistémicos y posmodernos, dando cuenta de sus principales aportaciones y técnicas, así como una breve explicación de la metodología de trabajo, para finalizar con una cibernética de segundo orden sobre cada modelo.

2.2.1 Antecedentes.

El Campo de la terapia es tan vasto que se puede subdividir en diferentes formas, debido a que existen numerosos enfoques, uno de ellos es la Terapia Familiar, la cual, es un terreno que, relativamente, es reciente en el campo de la teoría, la investigación y la práctica; esto mismo, quiere decir tentativamente que, como disciplina científica es, la terapia familiar, una bebe en pañales.

El campo de la Terapia Familiar surge como apoyo para con otras disciplinas como pueden ser la medicina, la psiquiatría, la pedagogía, la psicología y la sexología. Es a partir de la medicina y la psiquiatría que la terapia tiene, lo que se puede

denominar una primera línea de desarrollo. De la psiquiatría se deriva lo que Julián McGregor citado en Suárez – Íñiguez, E. (1994) denomina la teoría psicodinámica, de este enfoque teórico proviene la forma de terapia más popularmente conocida: ‘El psicoanálisis’.

Sin embargo, es Melanie Klein (Eguiluz, L. 2001) quien se encarga de derivar todo el marco teórico del enfoque psicodinámico desde un aspecto más relacional, pues ella es quien desarrolla aquello que se denomina, por ella misma, relaciones objetales, que se van formando a través de la comunicación que se establece entre el hijo y la madre. Sin embargo, como bien lo señalan Paolo Bertrando y Dario Toffanetti (2004) para Klein el otro en las relaciones objetales no es un otro real, sino la representación de un otro para el Yo. Sin embargo, pergeña una tendencia.

Posteriormente, es Margaret Mahler (Eguiluz, 2001) quien habla de Relaciones Vinculares. A través de un vínculo invisible que Mahler denomina Simbiosis se va desarrollando un proceso de individuación entre Madre e Hijo. Lo anterior va ampliando la perspectiva con relación a la terapia; aunque, particularmente el campo de la Terapia Familiar tiene su propio desarrollo.

La Terapia Familiar tiene varios fundadores, uno de ellos es Theodore Lidz, él recibió una formación psicoanalítica, además de ser psiquiatra y haberse dedicado en la década de los años 40's a ejercerla; sin embargo se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos y descubrió que este tipo de pacientes, tienen un tipo de familia muy inestable. Cuando Lidz aplicaba sus conocimientos psicoanalíticos descubría que este tipo de familias tenían una incapacidad para desarrollar estructuras internas propias y definir sus roles.

Fue, Theodore Lidz, uno de los primeros en explorar el papel de los progenitores en el proceso de la esquizofrenia y en descubrir las relaciones de tipo destructivo entre padres e hijos. Propuso términos como ‘Schism’ que consiste en la hostilidad y

distanciamiento hallados en las relaciones entre padres e hijos; otro concepto que propuso fue ‘Skew’ tratando de significar que una situación resultaba más conflictiva para los hijos varones que para las hijas. Y no fue, hasta 1955 cuando, en una asamblea anual, encontró similitud entre su trabajo y los de Don Jackson, Murray Bowen, Lyman Wynne y Nathan Ackerman (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De esta manera se fue ampliando cada vez más el foco para comenzar a estudiar y tratar de entender los contextos en los cuales se desarrollaba el individuo “enfermo” de manera cotidiana. Uno de los personajes históricos que contribuyó a que se difundiera esta nueva perspectiva fue John Bell, a quien se le considera el primero en realizar una terapia familiar (Bertrando y Toffanetti 2004), puesto que decidió realizar, a partir de una mala interpretación de una conversación sobre Bowlby, su alumno, una sesión con toda la familia del paciente.

Existen, quizás, dos acontecimientos históricos relacionados con el desarrollo de la terapia familiar que son muy dignos de mencionarse; el primero de ellos es que en 1943, Carl Whitaker, al cual se le conocía como el terapeuta del absurdo, empieza a incluir en su forma de trabajo de terapia de pareja, al cónyuge y en algunas ocasiones, también a los hijos. El segundo acontecimiento fue que a partir de 1950, Nathan Ackerman, que en sus primeros ejercicios de terapia familiar tenía un enfoque mucho muy sesgado a lo psicodinámico, fue avanzando en el análisis de las transacciones hasta lo que después se llamaría enfoque estructural (Bertrando y Toffanetti 2004).

En 1953, el Doctor Bell hace su primer reporte a un grupo de colegas, indicándoles el uso de nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar, a quienes atendía con técnicas individuales y grupales; pero no hubo una difusión científica sobre este trabajo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por su parte, Zuk (1982) menciona que en el período de 1940 a 1970, es posible identificar dos tendencias conceptuales en la Terapia Familiar: la Terapia Familiar basada diádicamente, apoyada en gran parte por el modelo psicoanalítico al usar a menudo la terminología de la teoría psicodinámica, y la Terapia Familiar basada en la comunicación que, sin embargo, está basada diádicamente. En este sentido el autor también se refiere, en el nivel de conceptos, que la principal tendencia parece ser una profundización y una ampliación del diálogo –incluso podría decirse de la lucha – entre los partidarios de la ‘Terapia Familiar’ orientada individualmente y basada en el modelo psicoanalítico y los partidarios de lo que, a falta de un término mejor, podría llamarse la orientación a los sistemas en la terapia familiar.

Otro de los antecedentes históricos de la terapia familiar que retoma psicoanálisis, psiquiatría, pero además agrega otros elementos más, los cuales también tienden a procurar ampliar el foco de la terapia; fue la Escuela de Filadelfia, que de acuerdo con Bertrando y Toffanetti (2004) esta escuela completa el panorama de las terapias familiares psicoanalíticas: se derivan en parte de la psiquiatría infantil (Ackerman, Minuchin), en parte de la investigación sobre la esquizofrenia (Nagy), y están también muy influidas por la terapia interpersonal de Sullivan (Stierlin, Nagy) y por las innovaciones técnicas de Frieda Fromm-Reichmann.

Sí hoy en día podría resultar difícil pensar en hospitalizar a toda una familia, sólo basta imaginar lo complicado que debió ser para Bowen en 1954, cuando él lleva a cabo esta acción, sin embargo, el proyecto sólo duró hasta 1959. Murray Bowen es el único terapeuta que rastrea en las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar y encontrar en el pasado indicios y conexiones con el presente, aun cuando su terapia está centrada en el individuo, también está enfocada a diferenciarlo de la masa indistinta de la familia (Bertrando, y Toffanetti, 2004).

Bowen, trabaja con la díada madre-hijo y sobre la influencia de los demás familiares en la relación con la díada; a través de este trabajo llega a ciertas conclusiones básicas como que la relación entre madre e hijo no es estática, sino fluctuante; observa también que la díada se puede extender y en realidad implica una tríada que se extiende hasta el padre, quien es más que una figura ausente y distante, como sostenían algunas otras teorías de aquellas épocas; además observa que se generaban alianzas entre distintos miembros de las familias estudiadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Otro de los aspectos importantes fue que existe de por medio la teoría de la transmisión multigeneracional de enfermedades emocionales. Bowen sugiere que el surgimiento de la enfermedad emocional en un miembro de la familia, tiene su origen en la dificultad que anteriormente tuvo o tuvieron miembros de la familia para separarse de la familia nuclear. Esta dificultad se reduce, si no se resuelve, haciendo participar a una persona, o como decía Bowen, triangulándola, de la siguiente generación. Conforme este proceso se desarrolla de generación en generación, la incapacidad de los miembros de la familia para individualizarse se intensifica hasta que uno o más hijos llegan al caso extremo de indiferenciación conocido como “simbiosis” que les mantiene apegados para siempre a la familia, y por supuesto, a la familia apegada en torno a ellos. Esto se mantiene como una especie de compulsión repetitiva de generación en generación, sólo que cada generación pasa una parte de su propia dificultad a la siguiente generación (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El tipo de terapia propuesto por Bowen se aproxima mucho más al modelo psicodinámico, debido a que el resultado deseado es un self maduro y autónomo para cada miembro adulto de la familia. A pesar de esto, Bowen sugiere claramente que no resulta necesario inspeccionar todo el pasado del individuo para lograr el

cambio, sino lo que cuenta es transformar su propio presente; a todas luces, el enfoque de Bowen, podría resultar una propuesta híbrida.

Para el año de 1959, a Virginia Satir la habían consultado, alrededor de 500 familias; esto quizás la haya convertido, históricamente en la terapeuta con mayor número de familias vistas (Wittezaele y García, 1994).

De Virginia Satir, se obtiene el aporte, de lo que ella llamaba “Sistema de Familia Disfuncional”; el trabajo que realizaba consistía puntualmente en su insistencia en ayudar a los integrantes de una familia a aceptar sus diferenciaciones entre ellos y poner en claro las discrepancias en la comunicación, así como su énfasis en bloquear las secuencias que conducen a la adopción de roles sintomáticos estereotipados, como el clásico chivo expiatorio; enseñaba a las familias a convertir el problema negativo en algo positivo, así como a desenredar a las personas de las trampas comunicacionales en que son atrapadas por el sistema familiar disfuncional. (Hoffman, 1987)

Virginia Satir fue precursora del grupo de Palo Alto, en todas sus publicaciones es posible encontrar esta influencia del MRI. En sus publicaciones se observa como se desarrolló el concepto de metamensaje, referido a conceptos de interacción familiar, a diferencia del concepto que había aportado anteriormente respecto de la terapia familiar conjunta. Además de haber dirigido un proyecto de demostración de terapia familiar en el MRI.

2.2.2 Modelo Estructural

Ya, durante la década de los años 60's, los investigadores habían establecido bases sólidas de la terapia familiar que se difundieron y se llevaron a las universidades; se introdujo el término de familia en los ámbitos de la psiquiatría, psicología y la asistencia social; asimismo, se aportaron indicaciones para tratamientos de familias que asistían a formas, hasta ese momento, alternativas de terapia familiar, en los momentos de crisis. Se pasó de la investigación a la práctica de la terapia familiar sistémica y se fueron configurando las principales escuelas.

Como ya se había señalado anteriormente, Nathan Ackerman es uno de los precursores de la terapia familiar; sin embargo, la importancia de su legado radica, entre algunas otras cosas, en sentar las bases del enfoque que se conoce como estructural, dentro de los enfoques desarrollados de la terapia familiar. Además, se puede percibir la influencia que tuvo en sus alumnos más destacados como fueron Israel Zwerlin y Salvador Minuchin, principal exponente y creador del enfoque estructural. De acuerdo con Bertrando y Toffanetti (2004), podemos decir que los fundadores de la terapia estructural, además de los ya mencionados, son Lester Baker y Bernice Rossman, con quien Minuchin escribe *Families of the slums*.

La Terapia Familiar, desde el enfoque estructural, surge de formas psicodinámicas tradicionales para intentar comprender a la familia, atribuyendo los problemas de la misma a la falta de estructuras claras entre los miembros y a la existencia de problemas jerárquicos con coaliciones y alianzas (Israelstam, 1988).

El modelo o enfoque estructural es obra de Salvador Minuchin, quien desarrolla una teoría y un método consecuente con esta: la familia tiene una estructura y una

organización, aportando todo un sistema de categorías para su descripción, así como un modelo normativo y funcional, válido para la propia familia.

La terapia familiar desde el enfoque estructural detecta la desviación y rediseña la organización funcional familiar de manera que pueda aproximarse lo máximo posible a esta forma normativa. El síntoma implica una forma de expresión de la disfuncionalidad de toda la familia o del sistema familiar; si la organización familiar se acerca a la funcionalidad, esto se considera que el comportamiento se encuentra acorde a la norma y el síntoma desaparecerá.

De acuerdo con el propio Minuchin (1977), lo que implica el marco de referencia del terapeuta es la misma terapia estructural, es decir, un cuerpo de teoría y técnicas que estudia al hombre en su contexto social intentando conocer la organización de la familia para modificarla. La terapia estructural tiene como objetivo primario la modificación de la estructura familiar, la cual se compone de límites y jerarquías.

En este tipo de terapia familiar se utiliza un mapa basado en la propia estructura familiar como guía de trabajo para estudiar la organización de la familia, es decir, los subsistemas familiares, también llamados holones, dentro del sistema familiar: parental, marital, filial o fraternal.

La cantidad y el tipo de contactos entre los subsistemas de la familia e incluso, los contactos con el entorno son regulados por los límites o fronteras; así que dentro de la estructura teórica se considera como idóneo la existencia de una diferenciación jerárquica entre el subsistema parental y filial, y que las fronteras entre los subsistemas y el exterior sean suficientemente firmes como para permitir la individuación y autonomía de los individuos, y lo suficientemente flexibles o abiertas como para que haya conexión entre ellos (Moreno, 1994).

En el tipo de terapia con enfoque estructural, el terapeuta es, en un principio, una especie de intruso activo que intenta reestructurar el sistema de relaciones en la familia y alterar el contexto que viene alimentando el síntoma. Se comienza con un proceso de acomodación de estilos familiares por parte del terapeuta, pero una vez dentro, una vez que forma parte del sistema familiar en cuestión, intenta el cambio desde ese dentro, construyendo un mapa estructural de la configuración familiar para identificar los subsistemas familiares que pretenda reorganizar y plantear los límites que se van a modificar.

Los cambios se buscan a través de nuevas conductas y a través de la ejecución de tareas que sirvan para promover la conexión, la separación o la reorganización jerárquica.

La obra de Salvador Minuchin que, mejor refleja lo que implica el enfoque estructural, según Hoffman (1987), es “Familias y Terapia Familiar”. En esta obra, Minuchin, sostiene que su marco de referencia es la terapia estructural de familia; un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social.

La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1977).

Las premisas en las que se sustenta Salvador Minuchin son básicas, como por ejemplo que el hombre es un ser gregario, además de miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende de elementos tanto internos como externos; la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio. El objetivo del terapeuta familiar estructural y su técnica recurrida están determinados por su marco teórico. La terapia familiar estructural es, en todo sentido, una forma terapéutica de acción. Una de las herramientas que se han de

considerar es la modificación del presente, pero no en función de la exploración del pasado o su interpretación de hechos ya acaecidos. Si bien es cierto, el pasado influyó en la creación de la organización y función actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones en el presente.

El objetivo de las intervenciones en el presente, sostiene Minuchin, es el “Sistema Familiar”. Como ya se ha mencionado, el terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo, Minuchin lo indica de la siguiente forma; el terapeuta familiar se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo de la acción en relación con el sistema terapéutico (Minuchin, 1977).

De forma más particular, se comenta que al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambian sus experiencias subjetivas. Con este objetivo, el terapeuta confía en las propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta busca es el de unirse a la familia, pero no para educarla o socializarla, sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento, para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de auto-perpetuación. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia, desde el seno familiar, será mantenido en su ausencia por los mecanismos de auto-regulación de la propia familia. Lo anterior no quiere decir, ninguna otra cosa más que, una vez que ya se produce un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando la retroalimentación que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros. En palabras del propio Minuchin, esto se expresa:

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. . . Las operaciones repetidas constituyen una pauta transaccional (Minuchin, 1977).

Además de los conceptos revisados, Minuchin, utiliza los términos de unión y acomodamiento para describir el mismo proceso, el primero se utiliza cuando se pone acento en las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar; el acomodamiento se utiliza cuando se pone el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. El concepto de mantenimiento en la terapia de Minuchin se relaciona con la técnica de acomodación de proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar, tal como el terapeuta la percibe y analiza. También el rastreo presenta otra técnica de acomodación, donde el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que continúen.

Minuchin difiere radicalmente con la noción psiquiátrica de diagnóstico, él explica que se parte de una hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia.

Hoffman (1987) señala que, el marco conceptual de Minuchin debe mucho a la Teoría General de los Sistemas, y sin embargo, se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético. En gran medida, su lenguaje parece derivarse de la teoría de la organización y la teoría de los roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como límites o fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, unión, acomodamiento, mantenimiento, etc.

Técnicas

Minuchin (1984) distingue tres estrategias principales de terapia estructural de familia, cada una de las cuales tiene un grupo de técnicas a su servicio, todo para cumplir el objetivo principal de la terapia estructural: modificar la estructura de la familia. A continuación se coligen las estrategias y las técnicas:

- **Cuestionar el síntoma:** esta estrategia tiene que ver con la parte constructivista de la terapia. Implica la utilización de la “realidad más útil para la familia” con lo cual se logra una mejor adaptación de la familia. Sus técnicas son:
 - **Reencuadramiento:** una técnica muy utilizada también por Watzlawick, se modifica el encuadre del síntoma por la familia, se modifican sus premisas.
 - **Escenificación:** una postura muy novedosa de Minuchin, quien habla de provocar las interacciones naturales. Se busca hacer que la familia se comporte como lo hace de forma natural, sin un observador presente.
 - **Enfoque:** el terapeuta tratará de resaltar una pauta común en la familia, especialmente si dicha pauta se presenta de formas diferentes o en miembros de la familia diferentes.
 - **Intensidad:** consiste en lograr que el mensaje del terapeuta pueda ser escuchado por la familia, para lograrlo lo puede hacer a través de:
 - **Repetición del mensaje:** el terapeuta le repetirá el mensaje a la familia tantas veces como sea necesario.

- **Repetición de interacciones isomórficas:** aquí el terapeuta llama la atención sobre conductas repetitivas en la familia o reglas no explícitas que no permitan la adaptación de la familia.
 - **Modificación del tiempo:** el tiempo de la familia, en el que está acostumbrada a hacer las cosas. Como cambiar el compás de la música.
 - **Cambio de la distancia:** de los miembros de la familia con respecto a sí mismos.
- **Cuestionar la estructura de la familia:** las familias se estructuran en la cotidianeidad, cuando deciden a quién le toca qué cosa, se fijan límites, se asumen jerarquías, la estructura familiar indica cómo se deben hacer las cosas, la terapia sirve para cuestionar el porqué de esas asunciones. Para lograrlo Minuchin tiene estas técnicas:
- **Fijación de fronteras:** regulan las interacciones entre los holones, lo cual deviene en la modificación de la estructura. Minuchin hace esto a través de dos formas:
 - **Distancia psicológica:** fijar distancia entre miembros de la familia para separar alianzas o crear coaliciones.
 - **Duración de la interacción:** Minuchin modifica el tiempo habitual en el que cada holón o díada se mantiene en interacción con el propósito de crear cambios, se utiliza un principio *mutatis mutandis*.

- **Desequilibramiento:** con esta técnica lo que se busca es modificar las jerarquías que los diferentes miembros de la familia tienen entre sí, para ello se vale de:
 - **Alianza con miembros de la familia:** su nombre lo dice todo.
 - **Alianza alternante:** el terapeuta variará con quién se alía para modificar las jerarquías.
 - **Ignorar a miembros de la familia:** implica desoír a algún miembro de la familia, pero por un tiempo determinado solamente.
 - **Coalición contra miembros de la familia:** sólo por un bien terapéutico, el terapeuta jugará en contra de alguien.

- **Complementariedad:** es, en esencia, enseñarles a los miembros de la familia la cibernética. Es hacerles ver que lo que hacen tiene repercusiones en el otro y que a su vez lo que hace el otro tiene repercusiones en ellos mismos. Para lograrlo Minuchin se vale de:
 - **Cuestionamiento del problema:** como lo entiende la familia, el señalado como malo, no lo es.
 - **Cuestionamiento del control lineal:** romper el paradigma del liderazgo de que el líder tiene poder independiente de lo que desee el grupo. Otra vez la cibernética.
 - **Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos:** cambiar la forma en que una familia entiende dónde empieza un problema o interacción, de cómo define lo importante, etc.

- **Cuestionar la realidad familiar:** el mapa no es el territorio, sabemos eso, pero lo que también sabemos es que la familia se mueve de acuerdo al mapa, actúa de acuerdo al mapa y se siente conforme a cómo esté el mapa... modificar la realidad es imposible, pero pregúntenle a cualquier pirata y dirá que lo que sí es posible es modificar el mapa. Minuchin hace esto con:
 - **Construcciones:** modificar los esquemas de la familia, las formas de ver la realidad, y ello se logra con la ayuda de:
 - **Símbolos universales:** la utilización de símbolos que reconozcan los miembros de la familia para hacer contrapeso a los constructos de la misma.
 - **Verdades familiares:** se utilizan los principios de la familia en áreas en las que ellas no lo hacen.
 - **Consejo especializado:** Minuchin hace uso de su “autoridad” cuando es necesario, y con ello modifica las percepciones de la familia.

De lo revisado del Modelo Estructural podemos dar cuenta de cómo Minuchin entiende la teoría de sistemas y de cómo la utiliza, pero también podemos darnos cuenta de que a pesar de ser una teoría que suscribe la cibernética, sólo lo hace con la de primer orden, incluso Minuchin (2011) de forma retrospectiva da cuenta de que el terapeuta se centraba en la comprensión de la estructura terapéutica. Y en dicha estructura el terapeuta podía entrar y salir a voluntad, como pudiendo entrar en un sistema y salir de él sin mayor problema. De haber sido un enfoque con mirada de cibernética de segundo orden, Minuchin podría haber dado cuenta de las implicaciones que la familia tiene sobre el terapeuta y de cuáles son las influencias

de él cuando no está inserto en el sistema familiar, porque aun desde “fuera”, habrá influencia del terapeuta en la familia y viceversa.

El modelo estructural es muy útil y efectivo, las propuestas de Minuchin son muy claras, pero en algunos momentos parece que hace una nosología, especialmente en “Familias y terapia familiar” y en uno de sus libros más recientes, “Evaluación de familias y parejas”, habla sobre la evaluación en un sentido que se antoja nada sistémico y mucho de nosológico a la usanza antigua en la terapia.

Además es muy directivo, y la posición del terapeuta se parece mucho más a la de un terapeuta tradicional que a las demás escuelas sistémicas, y mucho más alejado todavía de las escuelas posmodernas.

2.2.2.1 Modelo estructural y cibernética de segundo orden

En lo personal encuentro muy útil el Modelo Estructural para algunas problemáticas, por ejemplo, en el caso del tratamiento de familias con un miembro adicto, en el caso de familias con un miembro diagnosticado como borderline o limítrofe o en casos donde algún miembro de la familia queda rezagado en su desarrollo. Para mí la utilidad del modelo consiste en la simplicidad con la cual Minuchin plantea la estructura de la familia y como, al trabajar con ella, muchos de los problemas de las familias se pueden resolver.

Algunas técnicas como las de intensidad, el cuestionamiento del control lineal, la fijación de fronteras y el cuestionamiento del control lineal, son de mucha ayuda en familias que presentan la problemática anteriormente citada. Sé que cada familia es diferente, sin embargo, dentro de las coincidencias que pude hallar en las familias con problemáticas similares está el hecho de que responden muy bien a esas técnicas.

Desde la parte pedagógica, creo que el modelo estructural es el ideal para enseñar el modelo sistémico, porque suele ser mucho más amigable, quizá porque es el modelo en el cual el viraje epistemológico no es tan grande, especialmente porque no mete la cibernética de segundo orden, que suele complicar las cosas a la hora de enseñar (por lo menos en mi experiencia, lo cual por ende, debe tener que ver con mi forma de enseñar).

2.2.3 Modelo Estratégico

El tipo de terapia estratégica o también el llamado enfoque estratégico, surgió como resultado de todo el trabajo realizado en el Mental Research Institute, durante las décadas de 1950 y 1960.

El denominado enfoque estratégico se basa, como la mayoría de escuelas sistémicas, en el desarrollo teórico del Mental Research Intitute; lo que quiere decir que se retoman los fundamentos que proponen Watzlawick, Jackson y Beavin (1989) con la ‘Teoría de la Comunicación Humana’; la Teoría de los Tipos Lógicos, y sobre todo la gran influencia de las técnicas de Milton H. Erickson.

En 1955, Haley y Weakland estaban investigando sobre las paradojas en la comunicación, así que iban a visitar cada semana al hipnoterapeuta Milton H. Erickson (Zeig y Geary, 2000).

De acuerdo con Hoffman (2001) Jay Haley fue el primero en acuñar el término estratégico para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. Lo anterior guarda toda relación con la forma de hacer terapia del famoso hipnoterapeuta Milton H. Erickson, en su colaboración y

estudio sobre los casos que Erickson atendía, Haley y Weakland observaron que de forma intuitiva se prescribían estrategias terapéuticas que, desde su perspectiva, eran la aplicación directa y antecedente pragmático de muchas de las formulaciones que había realizado el grupo de Gregory Bateson.

No sólo observaron, sino que también dieron cuenta de las formas paradójicas de acción y prescripción, e incluso se podría decir que, algunas de esas formas eran una especie de doble vínculo terapéutico (Erickson, Haley y Weakland, 1980).

Haley define la terapia estratégica de la siguiente manera: la terapia puede llamarse estratégica si el clínico inicia lo que sucede en ella y diseña un enfoque particular para cada problema... El terapeuta debe identificar los problemas resolubles, establecer metas, diseñar intervenciones para alcanzar esas metas, examinar el resultado de su terapia, a fin de ser eficaz. El terapeuta debe ser agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero él mismo tiene que determinar su modo de proceder (Haley, 1980).

Y por su parte Madanes (1984) sostiene que el objetivo de la terapia estratégica es el impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas, creando así, un sistema más diversificado; ayudando a sobrellevar las crisis que la familia enfrenta en determinadas etapas de su vida para pasar a la siguiente. El objetivo de la terapia es alterar las interacciones de la familia y de ese modo lograr un cambio en la estructura familiar.

En este sentido que se puede decir que la terapia o enfoque estratégico son diferentes tipos de terapias, o que se utilizan diferentes estrategias dentro de esas terapias; sin embargo, de acuerdo con Haley (1994) para que una terapia pueda considerarse realmente estratégica, se pueden tomar en cuenta los siguientes elementos:

- 1) El terapeuta debe tomar la iniciativa de lo que sucede en la terapia y además debe diseñar estrategias particulares para cada problema.
- 2) El terapeuta debe identificar problemas que puedan resolverse, fijar metas con relación a estos problemas, diseñar intervenciones que apunten a dichas metas, examinar las respuestas dadas por los pacientes, con la finalidad de corregir su propio enfoque y evaluar, sobre todo, el resultado de la terapia, buscando la eficacia.
- 3) El terapeuta debe ser sensible para con el paciente y su entorno social, sin embargo, la forma de proceder del terapeuta debe estar en función y en congruencia con lo que considere discrecionalmente el propio terapeuta.

También Haley, (1987) señala que el cambio en la terapia estratégica se sucede por etapas:

- 1) Primero se debe determinar el tipo de secuencia que está manteniendo al problema presentado.
- 2) Después, se fija un objetivo específico donde la tarea del terapeuta consiste en trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones consistentes a través de él.
- 3) Por último, se da una nueva idea que consiste en crear un nuevo problema antes de pasar a un sistema más normal.

Haley propuso un esquema de terapia, además de ir formulando paso a paso parte de la gran estrategia; así que dentro de la primera entrevista, argumenta que también deben existir las siguientes fases: La fase social, en la que el terapeuta crea la relación con la familia; el planteamiento del problema, donde recaba la opinión de todos los presentes sobre el problema o conducta sintomática; la fase de interacción,

en la cual se evalúa, basándose no sólo en los informes verbales de la familia, sino fundamentalmente, en las secuencias de interacción que se observa en la misma sesión, finalmente, el establecimiento de metas del tratamiento en términos concretos y precisos (Ochoa, 1995).

“La regla básica de la terapia breve es, pues, según parece, fomentar el síntoma de tal forma que el paciente no pueda continuar utilizándolo” (Haley, 1989; p. 68). Esta regla es el punto de toque de cualesquiera técnicas en terapia breve, y especialmente en el modelo estratégico. Utilizar el síntoma del paciente, modificarlo y erradicarlo son los tres pasos a seguir dentro del modelo.

Existen una variedad de técnicas utilizadas en el modelo estratégico, a continuación se hace un recuento de las más utilizadas y emblemáticas del modelo:

- Utilización de metáforas: para Haley el utilizar metáforas es la mejor forma de comunicarse con la familia. Las metáforas se vuelven una forma de hablar que no representa problemas o riesgos para los pacientes.
- Las directivas: Haley toma la responsabilidad de dirigir a sus pacientes y asume su papel como agente de cambio en las familias. Un subtipo muy especial de directiva es la directiva paradójica. La cuál se puede hacer de dos formas diferentes:
 - La forma más común de paradoja consiste en la prescripción del síntoma, lo cual hacen varios terapeutas v. gr. Viktor Frankl (1991) le llama intención paradójica, Peggy Papp las reconoce en la terapia estructural, Milán las utiliza de forma habitual, Milton Érikson, en fin, una miríada, pero la segunda forma de paradoja de Haley no es tan común es:

- La otra forma de la paradoja consiste, según Haley (2006), en impedir que el cliente mejore. Es buscar ser la resistencia al cambio del cliente, para que este desee, cada vez con más ahínco, la terapia y, por ende, el cambio.
- La ordalía, según Haley (1987a), es un “castigo” (la ordalía) que consiste en algo que mejorará la situación del cliente, si este no realiza lo que quedó con el terapeuta. V. gr. si la consigna era que el paciente se levantara temprano y un día no se levantó temprano, “el castigo” consiste en que tenga que pasar dos horas ayudando a su jefe en el trabajo. La ordalía tiene las siguientes etapas:
 - **Debe definirse claramente el problema:** debe establecerse claramente la diferencia entre estar bien y mal, para poder clarificar cuáles situaciones son las que se quieren evitar o no tener y aquellas que sí
 - **La persona debe comprometerse a superar el problema:** solamente hasta que el cliente tiene un compromiso real sobre la solución de su problema, nada funcionará.
 - **Debe seleccionarse la ordalía:** esta es una elección que debe hacer el terapeuta, de preferencia con ayuda del cliente.
 - **La directiva debe ir acompañada de una explicación lógica:** conviene explicar qué es lo que se va a hacer, pero a veces el efecto de “magia” que puede tener el no explicar también resulta útil, eso estará a consideración del terapeuta.
 - **La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema:** aquí es importante el compromiso que se hace para de esta manera tener más efectividad.
 - **La ordalía está inserta en un contexto social:** la directiva tendrá una implicación social, y de esto debe ser consciente el terapeuta.

Para finalizar esta parte, podríamos tomar una reflexión de Watzlawick y Nardone (2000) sobre el enfoque estratégico: no es simplemente una teoría y práctica concreta en el campo psicoterapéutico, sino una verdadera escuela de pensamiento sobre cómo los seres humanos se relacionan con la realidad, o mejor dicho, sobre cómo cada uno de nosotros se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo.

2.2.3.1 Modelo Estratégico y cibernética de segundo orden

El Modelo Estratégico es el modelo de la Terapia Sistémica que he usado menos en mi práctica clínica. De hecho, antes de tomar la maestría tomé un diplomado en Terapia Sistémica y ahí tuve que ver el modelo y trabajar con él. Sin embargo, aun cuando creo que sus técnicas son muy útiles, no me gusta la posición del terapeuta, creo que no me resulta cómoda.

Dentro de las técnicas que sí me sirven, aunque en realidad es porque están un poco compartidas con otras escuelas, como la Estructural y la de Milán, está la técnica de la paradoja. Que resulta muy útil en el manejo de adolescentes, quienes no siempre están del todo convencidos del proceso terapéutico. También me ha servido cuando trabajo con los padres (hombres) de familia, quienes en muchas ocasiones llegan al consultorio convencidos... pero convencidos de que no necesitan terapia y de la inutilidad de la misma.

2.2.4 Modelo M.R.I

A finales de la década de los cincuenta, Jackson determinó que era necesaria la creación de un centro especializado en el estudio del proceso interaccional (MRI, 2014). Él se encargó de la tarea de crear la junta directiva, y de juntar a todos los investigadores. En septiembre de 1958 se funda el Instituto de Investigaciones

Mentales (MRI por sus siglas en inglés). Cuando comienza el MRI estaban Jules Riskin, Virginia Satir, John Weakland y Jay Haley como investigadores asociados, entre otros, pero quien nunca participó formalmente dentro del MRI, fue justamente su más grande inspirador, Gregory Bateson, sin embargo, fue investigador asociado y participó en diversas actividades. El primer libro que se crea es uno de Virginia Satir llamado “Conjoint family Therapy”, el cual servía como manual para quienes estudiaban en el MRI. El trabajo de gente como: Paul Watzlawick, Janet Beavin-Babelas, Don Jackson, Antonio Ferreira, Richard Fisch, Art Bodin, Lynn Segal, Lynn Hoffman, produjeron más de 50 proyectos de investigación en el MRI, lo que ha resultado en más de 500 artículos presentados en revistas y más de 50 libros publicados.

Según Guillem Feixas, Damaris Muñoz, Victoria Compañ y Adrián Montesano (2012) poco tiempo después de que tanto Bateson como su esposa Margaret Mead consultaron a Milton Erickson para que les ayudara a entender los procesos de transe que habían observado en la isla de Bali, y de que los convenciera de que en realidad el fenómeno de la hipnosis era una cuestión de tipo interaccional más que uno de tipo intrapsíquico, fue que Bateson convoca a un grupo conformado por Jay Haley, John Weakland (Zeig y Geary, 2000) y William Fry para conducir investigación en la Fundación Rockefeller.

La escuela de Palo Alto (lugar en California donde se encuentra el MRI) tiene como aporte central, toda la idea desarrollada por Bateson del doble vínculo y la cuestión de la cibernética. Incluso los mismos fundadores de este enfoque se declaran batesonianos (Vargas, 2004).

Como ya había mencionado, en 1956 en la revista *Behavioral Science* se publica el artículo “Toward a theory of Schizophrenia” (Hacia una teoría de la esquizofrenia), fue trabajo de Bateson previo al MRI del que fue patrocinado por la fundación Josiah Macy (Bateson, 1972), pero del que Palo Alto se serviría para su teoría.

Sin embargo, los avances más importantes de Bateson están en el análisis de la comunicación, esto es en su teoría del doble vínculo (expuesta en “Toward a Theory of Schizophrenia”) donde dice que los ingredientes necesarios para que tenga lugar una situación de doble vínculo son:

- 1) Dos o más personas.
- 2) Experiencia repetida.
- 3) Un mandato primario negativo.
- 4) Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que, al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia.
- 5) Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.

En resumidas cuentas, un doble vínculo es un mensaje que implica contradicciones en al menos dos niveles lógicos o comunicacionales, y se da a un sujeto que está en una relación de la cual no puede salir ni hacer una metacomunicación sobre el mensaje que se le dio.

El doble vínculo es central en el desarrollo del MRI, especialmente dentro de la pragmática de la comunicación humana, en la cual también se tocan las paradojas comunicacionales y pragmáticas en las que una persona puede caer. Hay tres tipos de paradojas, a saber:

- 1) Lógico-matemáticas (antinomias): “Toda antinomia es una contradicción lógica, aunque no toda contradicción lógica es una antinomia” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1993, pp. 174).
- 2) Definiciones paradójicas (antinomias semánticas).
- 3) Paradojas pragmáticas (instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas):
 - a. Existen tres elementos principales para que se dé una paradoja pragmática del tipo instrucción:
 - i. Una fuerte relación complementaria.

- ii. Dentro del marco de esa relación se da una orden que se debe obedecer, pero que para obedecerla se debe desobedecer.
 - iii. La persona que tiene la jerarquía inferior no puede hacer una meta-comunicación sobre el mensaje recibido y por lo tanto, no puede *salir* de la situación en la que está inmerso.
- b. Condiciones necesarias para que se dé una paradoja pragmática del tipo predicción:
- i. Para que se cumpla dicha predicción con el carácter de paradójica, quien recibe el mensaje (esto es, quien está inmerso en la paradoja), debe convencerse de que no podrá recibir aquella acción (o cosa) que se le dijo recibiría. Esto, hablando en plata, quiere decir que es imposible entrapar en este tipo de paradojas a un bruto.
 - ii. Quien recibe el mensaje, confía, implícitamente, en el enunciante del mismo. Esto recuerda el chiste en que un juez le increpa al acusado: “lo peor de todo es que usted engaña gente que confía en usted”, y el acusado le responde: “señor juez, la única razón para eso es que es mucho más difícil engañar a quien no confía en mí”.

Del inciso a, surge la teoría del doble vínculo, que ya vimos. De la imposibilidad de salir de una relación o abandonarla, y de la imposibilidad de ver que se está en una situación en la cual, al responder a la comunicación, siempre se estará en el error.

Otro de los desarrollos de Bateson (1972) que fueron retomados por el MRI y que resultan de capital importancia son los niveles de aprendizaje a continuación se describen:

- ✓ Nivel 0: Se caracteriza por la especificidad de la respuesta, no admite corrección.

- ✓ Nivel 1: Es el cambio en la especificidad de la respuesta, por medio de la corrección de errores dentro de un conjunto de alternativas.
- ✓ Nivel 2: Es el cambio en el proceso de aprendizaje 1. Un cambio en el conjunto de alternativas a escoger.
- ✓ Nivel 3: Es el cambio en el proceso del aprendizaje 2. Es el cambio sobre cómo se llega al conjunto de alternativas para escoger.

El concepto de cambio dentro del MRI es importantísimo, para Watzlawick (2002), la terapia se ocupa del cambio. Pero que ello no es tan fácil, hay que averiguar qué se debe cambiar. Según Watzlawick (2002) las personas que acuden a terapia lo hacen porque tienen un problema en la relación que tienen con el mundo, entendiendo el mundo como *su* visión del mundo, lo cual conlleva a dos posibilidades: 1) o ayudamos a la persona a acomodar al mundo con su visión (lo cual es una empresa que rebasa con mucho los alcances de la terapia) o acomodamos su visión del mundo a los datos inamovibles. Según Watzlawick y el MRI, la esencia de la terapia está aquí.

La idea de cambio para Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) es central, el cambio es constante, el cambio no se puede detener, en ocasiones se piensa que el cambio es un proceso raro, pero no. Enmarcan el cambio a partir de dos teorías: la teoría de grupos que les proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; y la teoría de los tipos lógicos, que no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero que les proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior. Un ejemplo sencillísimo es este: dentro de la clase fruta, están los miembros plátano, manzana, pero no otra vez fruta, porque pertenece a un nivel de abstracción superior. Al

aceptar esa básica distinción entre ambas teorías, deducen que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Para poner un ejemplo de esta distinción, en términos más conductistas: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. A esta clase de cambio le llaman simplemente cambio. El único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. A esta clase de cambio le llaman cambio 2. La equivalencia de esta distinción con la definición cibernética de Ashby acerca de las dos clases de cambio, anteriormente citada, es evidente. Cambio 2 es por tanto cambio del cambio, es decir el fenómeno cuya existencia negaba tan categóricamente Aristóteles. El cambio 2 es introducido desde fuera y es visto como un cambio de premisas del sistema que lo rigen como totalidad. Desde una perspectiva mucho más conductual, el cambio es un cambio de conducta en una persona que tiene una forma específica de conducirse; pero un cambio 2 es un cambio en ese modo específico de conducirse, lo cual implica dos niveles lógicos completamente diferentes.

Producir un cambio es un asunto importante dentro de la concepción del MRI, pero el trabajo se hace en sesiones, como dicen algunos de quienes hicieron el modelo: “Nuestro objetivo consistía en comprobar qué podía conseguirse durante un período de tiempo estrictamente limitado - un máximo de 10 sesiones de una hora - concentrando la atención en el principal desarreglo actual... y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actuar en vez de pretender reestructurar familias enteras” (Fish, Weackland y Segal, 1984, p. 28).

A través de estas sesiones el terapeuta tiene que averiguar en qué consiste el problema y con qué cuestiones está relacionado. De hecho, se centra tanto en el problema que se averiguan posibles soluciones intentadas, porque para este modelo, éstas son parte del problema, y se desarrolla una estrategia en general, se van descartando las acciones anteriormente ejecutadas en aras de la resolución del problema.

De acuerdo con algunos de los creadores de este enfoque como Fisch, Weakland y Segal (1994) para que una dificultad se torne un problema, debe cumplir dos condiciones primordiales; la primera tiene que ver con la forma de hacerle frente y que esta se presupone errónea, porque en caso contrario se habría resuelto y no habría ningún problema que atender; y la segunda justamente tiene que ver con el hecho de que, a pesar de cualquier intento, no se solucionó ningún problema.

A veces la gente tiende a creer que si algo se intenta con persistencia al final existirán resultados; pero dentro de la teoría que soporta el MRI se sostiene que las soluciones intentadas son un error, debido a que generan más pautas similares a aquellas que causaron el conflicto e incluso imposibilitan los cambios.

Más aún, con algunos de esos presuntos intentos de resolución del problema, a veces tiende a agravarse el problema. De acuerdo con Cade y O'Hanlon (1995), y dicho de manera sencilla: el intento de solución es el problema.

Dentro de las estrategias o intervenciones terapéuticas se encuentran el reencuadre el cual es una intervención que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o todo un sistema, llámese familia, o pareja, percibe el problema.

Abordar un problema teniendo en cuenta los principios antes mencionados, conduce a la formulación y aplicación de un procedimiento en cuatro etapas. Dichas etapas son las siguientes (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992):

1. Una clara definición del problema en términos concretos: un problema debe ser un problema y no un pseudoproblema para que pueda ser resuelto, en caso de ser un pseudoproblema, a la hora de definirlo se resolverá solo.
2. Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas: es necesario esa investigación porque las soluciones intentadas son parte del problema.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar: si tenemos una meta utópica, dicha meta se convertirá en una patología y por ende, en un problema, la vaguedad de las metas, hace que sean imposible alcanzarlas. Fijar una meta concreta y un plazo para lograrlo es parte del proceso de solución del problema.
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio 1: en realidad aunque se habla de cambio uno, la utilización de la paradoja terapéutica sirve muy bien para poder producir un cambio 2 en el paciente. Para Watzlawick, Weakland y Fisch, todos los problemas tienen algo de ineluctables, pero al aceptar esto entramos en una paradoja, tratar de luchar contra lo ineluctable suena a perder antes de empezar, pero la idea es no luchar contra lo ineluctable y cambiar lo sí modificable.

En una revisión más amplia de las etapas de intervención en el modelo del MRI, propuesta por otros autores, encontramos a Fisch, Weakland y Segal (1994), quienes describen una planificación de intervención, pero advierten que esta podrá y deberá cambiar si es que el caso así lo demanda:

- A) Establecer el problema del cliente: el primer paso dentro del proceso terapéutico para el MRI es el establecimiento de cuál es el problema a tratar, pero el problema a tratar debe ser soluble, claro y, suele ser diferente del que presenta el cliente.

- B) Indagar la solución intentada por el cliente: una idea revolucionaria dentro de la visión del MRI es que la solución intentada es parte del problema, como habíamos mencionado antes.
- C) Decidir qué se debe evitar: encontrando qué debe evitar el terapeuta podrá, de una mejor forma, acercarse a lo que sí tiene que hacer.
- D) Formular un enfoque estratégico: aquí hablan del famoso giro de 180°, el cual consiste en hacer lo opuesto de lo que hace el cliente, porque como ya vimos, lo que hace el cliente no logra sino perpetuar el problema, no siempre es fácil ver cuál es ese giro de 180°, pero es importantísimo lograrlo.
- E) Formular tácticas concretas: debemos entender que el modelo terapéutico del MRI es mucho más directivo que otros modelos sistémicos (excepto quizá el Modelo Estructural), así que el terapeuta necesita todo el tiempo pensar en términos concretos, tanto en el problema, paso uno, como la forma de poder intervenir, hacer una sugerencia o cuestionamiento sobre algo muy particular y específico.
- F) Encuadrar la sugerencia en un contexto: proponer a alguien que haga algo completamente opuesto a lo que siempre hace es casi la fórmula perfecta para encontrar la negativa, sin embargo, esta parte de lo que se trata es de hacer un reencuadre, puesto que así, la sugerencia se puede entender desde otro lado y es mucho más fácil que el cliente logre aceptarla. Una forma mucho más sencilla de ver este punto es, como lo dicen los propios autores, vender la tarea.
- G) Formular objetivos y evaluar resultados: esta parte es muy importante y llega a ser controversial. Dentro del modelo del MRI se llegan a formular objetivos muy claros y específicos (así como el problema) y una vez que se logran, esto es, que el cliente señala que ya lo ha logrado, la terapia tiene que llegar irrevocablemente a su final. Es el cliente quien dice que tiene un problema y

no se le cuestiona o se le pone en duda, así que también será el cliente quien diga que ese mismo problema ya ha sido superado y, por lo tanto, tampoco se le cuestionará cuando lo haga.

A continuación pondremos una serie de intervenciones posibles de acuerdo a lo planteado anteriormente, tanto en lo conceptual del modelo como en lo procesal (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992):

- ✓ Menos de lo mismo: siguiendo los cuatro puntos de cómo abordar un problema vistos anteriormente, menos de lo mismo significa hacer algo que esté en un orden diametralmente opuesto a lo intentado hasta ese momento, puede parecer contra-intuitivo, pero es necesario y efectivo.
- ✓ Descubrir lo encubierto: develar el juego oculto provoca, como efecto de la develación, la irremediable modificación de cómo se había jugado hasta ese momento. El hombre que es descubierto yendo a ver a su amante cuando decía que iba a la ferretería, no podrá, para ver a la amante o volver a decir que va a la ferretería, tendrá necesariamente, que modificar el lugar al que dice que va.
- ✓ Divulgar en lugar de ocultar: aquí se utiliza una intervención de tipo paradójico, si alguien quiere, por ejemplo, ocultar que tiene miedo a hablar en público, tenderá a hacer mil cosas para tratar de que los demás no se den cuenta (cambio 1) pero, si cambia, y ya no quiere ocultar que tiene miedo, esto será un cambio 2 y el problema podrá resolverse. Victor Frankl (1998) llama a esto, la intención paradójica, es casi igual.
- ✓ Los grandes efectos de pequeñas causas: aquí hablan de un cambio tipo ordalía, se propone que al hacer un pequeño cambio (en el tipo 1) pero en la dirección contraria de lo que pretende el cliente, puede ocurrir un verdadero cambio 2.

- ✓ El truco de Bellac: esta forma de intervenir, resulta muy familiar, puesto que se parece mucho a lo que un sociólogo norteamericano llamado William Isaac Thomas propone en el teorema que lleva su nombre: “si los hombres definen situaciones como reales, las situaciones se vuelven reales en sus consecuencias”. Las disputas se mantienen porque ambos creen que deben retroalimentar con algo malo, si uno cambia, quizá el otro también, en un efecto recíproco.
- ✓ Utilizar la resistencia: aquí retomamos la pragmática de la comunicación humana, particularmente el axioma que dice, toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. En ocasiones las personas piden ayuda pero al ofrecérselas caemos en el problema de escuchar el contenido, pero no prestar atención a la relación. Cuando una persona quiere un cambio rápido, el aconsejarle ir lento (no atendiendo a la demanda relacional: tú, haz las cosas rápido cuando es él quien realmente puede hacer) logra provocar que la persona comience a moverse.
- ✓ Acusaciones irrefutables y negaciones indemostrables: esta idea se puede resumir en la siguiente aseveración: no existe una conducta del fiel. Cuando una persona sospecha que su pareja le es infiel, no va a poder ver nada de lo que haga su cónyuge como una “conducta normal en una persona fiel”, porque si llega temprano a casa, puede pensar: “ahora la ve durante el trabajo”, si deja el celular sin contraseña, la persona que sospecha puede pensar: “ahora borra todos los mensajes antes de llegar a casa”. Para quien sospecha no existirá ninguna conducta de fidelidad, es imposible demostrar la probidad de alguien.

- ✓ Sabotaje benévolo: en un pleito típico con el adolescente, el que los padres acepten que no pueden, que acepten su derrota contra el adolescente y que no intenten más gobernarle, provocará que el adolescente cambie.
- ✓ Los beneficios de la falta de atención: no ponerle atención al problema, como en un tic, dejas de prestarle atención y es probable que el tic se vaya tan rápido como llegó.
- ✓ Problemas con los estudios: se pueden tratar varios problemas con esta fórmula, la idea es que aquellos trabajos en los que uno procrastina se pueden resolver cuando ocurre un cambio en la idea de castigo, por ejemplo, establecer un plazo y un horario y el trabajo fuera del horario sería prohibido, con lo que el tiempo libre se vuelve un castigo y por lo tanto se evitará en lugar de evitar el trabajo. Todas las intervenciones, tienen la intención de establecer un reencuadre sobre el síntoma para modificar lo que se hace, no se busca el *insight*.
- ✓ Tratando utopías: ante planes que resultan “demasiado” exigentes por parte de un cliente, conviene no decirle al cliente que sus planes rebasan por mucho la exigencia requerida, sino que conviene justo lo contrario intuitivo, decirle que sus planes no son los suficientemente exigentes y eso resultará como la prescripción del síntoma, por lo tanto, el cliente bajará la exigencia.
- ✓ El pacto con el diablo: es un trato en el que se busca lograr que una persona acepte la sugerencia del terapeuta aun antes de que este la enuncie, por lo que el cliente debe aceptar antes de saber qué acepta, la idea es que pueda aceptar el juego del terapeuta en lugar de seguir en el juego del cliente. La idea del cambio en todas las intervenciones es dejar de hacer modificaciones de cambio 1 (dar opciones al cliente dentro del juego del cliente) para hacer un cambio 2, modificar el juego del cliente y tener otro tipo de juego.

La influencia de Erickson

Milton Erickson fue un terapeuta muy singular y de gran importancia para el modelo del MRI, algunas de sus concepciones las retomó del grupo de Palo Alto para el desarrollo de sus posturas clínicas. Erickson tenía una noción diferente del cambio en terapia, en sus palabras decía que: es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados efectivos de la terapia, solamente derivan de los resultados de las actividades del paciente. El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad, a menudo sin saber qué actividad pueda ser y después se le guía para obtener esos resultados deseados. Tal reeducación, desde luego, es necesariamente en los términos de la experiencia de vida del paciente, sus comprensiones, recuerdos, actitudes e ideas; esto no puede llevarse a cabo en términos del terapeuta (Erickson, 1980).

Definitivamente no se puede hablar de un único o exclusivo modelo de atención terapéutica que sea llamado ericksoniano; sin embargo se pueden extraer puntos sobre aquellas escasas cosas que escribía Erickson, o sobre sistematizaciones que otros autores propusieron, a partir de Milton Erickson. Por ejemplo de acuerdo con O'Hanlon; la terapia ericksoniana cuenta con los siguientes puntos:

- A) Tiene una orientación naturalista.
- B) Tiene una orientación indirecta y directiva.
- C) Existe responsividad.
- D) Está orientada a los recursos
- E) Existe una orientación temporal

Milton Erickson (citado en Rosen 1991), también decía que la terapia es como echar a rodar una bola de nieve en una montaña. Se arma en un momento y puede crecer

hasta ser una avalancha, y todo lo que el terapeuta tiene que hacer es echar a rodar la bola de nieve.

La terapia ericksoniana le aporta cierto aspecto breve a la Terapia Sistémica, debido a la influencia de varios de los supuestos teóricos, además, dentro de estos enfoques se buscan alcanzar metas construidas por el cliente y apoyadas por el o los terapeutas; sin embargo, una vez que se alcanzan las metas o debido a que el usuario del servicio se llega a percatar que no necesita más este servicio, es entonces que se da por finalizada la terapia.

No se promueve una búsqueda por patologías subyacentes; sin embargo, esto no es del todo exacto, porque se pueden tratar situaciones que en apariencia se vienen acarreado desde hace mucho tiempo y siempre se podrá hacer algo al respecto desde este enfoque, siempre y cuando se explore como es que esa antigua problemática sigue incidiendo en el aquí y el ahora; así que de acuerdo con O'Hanlon, W. y Weiner-Davis (1997), el modelo es de naturaleza interaccional, considera esto más que algo que surge del interior de un individuo.

Erickson fue un terapeuta epónimo sólo de sí mismo, pero que inspiró muchos epígonos en diversas áreas del conocimiento, existen muchas personas que han escrito sobre Erickson como: François Paul-Cavallier, John Grinder y Richard Bandler, Ernest Rossi, Sidney Rosen, Bill O'Hanlon, Steve de Shazer, Jay Haley, Michael Yapko entre otros.

La influencia de Erickson en el MRI fue muy importante, por eso requirió mención especial sus aportaciones. El modelo del MRI es fecundo, desde los trabajos de Virginia Satir hasta las posturas de Watzlawick y la pragmática de la comunicación humana que sirvió de base para otros modelos terapéuticos.

Por último, podemos decir que así como Watzlawick decide llamar a su libro “Pragmática de la comunicación humana” porque se ocupa de los efectos prácticos que la comunicación tiene en el otro, el enfoque del MRI es un enfoque pragmático, que no busca el insight o la meditación de los actos, sino el cambio a través de la modificación en el hacer del cliente, circunscribiendo su quehacer en otro marco referencial para que los efectos pragmáticos de la conducta sean otros.

2.2.4.1 Modelo del MRI y cibernética de segundo orden

El modelo del MRI me ha resultado muy útil en la práctica clínica. Especialmente lo referente al giro de 180° y la pragmática de la comunicación humana como marco de referencia para poder entender la comunicación entre las familias y para con el terapeuta. La pragmática de la comunicación humana marcó en mí, en lo personal y en lo clínico, una nueva forma de entender las relaciones humanas, una nueva forma de entender la comunicación y de poder analizar la conducta de quienes me rodean, pero con especial énfasis en la mía.

Un libro de uno de los grandes exponentes de este modelo, “El arte de amargarse la vida” de Paul Watzlawick me ha resultado muy útil en el terreno clínico, porque he podido dejárselo a varios de mis clientes con resultados muy interesantes, cada quien lo entiende de forma muy particular, pero todos encuentran algo que les es útil. Luego tienden a preguntarme si por eso (aquello que a cada quien le pareció significativo) se los había dejado leer. Yo suelo contestarles que no necesariamente, pero que me da gusto que haya podido ayudarles el libro. Y de la respuesta que ellos encontraron, encuentro yo nuevas respuestas y herramientas para la terapia.

2.2.5 Modelo Centrado en Soluciones

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS), también es conocida en inglés como *Brief Solution Focused Therapy* (De Shazer, 1985), se originó dentro del campo de la terapia familiar (De Shazer, 1989), fue creada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y otros asociados del Brief Family Therapy Center de Milwaukee a finales de los años setenta (McAuliffe, 2011); además de ellos, otros personajes que contribuyeron enormemente al modelo fueron: Eve Lipchik, Michele Wiener-Davis y Scott Miller; William O’Hanlon desarrolla la otra vertiente del modelo de soluciones, ni él ni los dos anteriores pertenecieron al centro de Milwaukee (Sánchez y Gutiérrez, 2000), sin embargo, aportaron mucho al modelo. Cabe mencionar que la autoría de la Terapia Centrada en Soluciones no está libre de controversias. El propio O’Hanlon (2001) dice que el primero en desarrollar y articular las ideas de la TCS fue Don Norum en una ponencia que dio en 1978 llamada “Brief Therapy: The Family Has The Solution”. De ahí, plantea que la Terapia Centrada en Soluciones (la de De Shazer) y la Terapia Orientada a Soluciones (la de O’Hanlon) se desarrollaron de manera paralela.

Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Para De Shazer (1991), cuando un cliente busca una terapia, ya tiene alguna idea de cómo puede resolver el problema que le aqueja, y la función del terapeuta es, precisamente, la de encontrar cuáles son esas soluciones que tienen los clientes, puesto que son ellos quienes habrán de solucionar sus problemas.

El énfasis de la Terapia Centrada en Soluciones podría decirse, como su nombre lo indica, centrarse en las soluciones, no en el problema, sin embargo, Eve Lipchik

(2004) nos habla sobre la importancia de no centrarnos en una postura de centrarse en la solución o en el problema, sino que la TCS a través de un proceso de lenguaje, lo esencial es adaptar el proceso terapéutico sobre la base de la escucha y la comprensión del modo particular que tienen los clientes de experimentar su mundo.

Según De Jong e Insoo Kim Berg (2002) las etapas de la terapia centrada en soluciones podría plantearse de la siguiente manera:

- A) Ver con el cliente cuál es el papel del terapeuta. Esto implica una explicación del trabajo que uno debe realizar (como terapeuta).
- B) Describir cuál es el problema. La queja por el cual el cliente está ahí.
- C) Averiguar qué es lo que el cliente quiere, hacer una delimitación no del problema, sino de los objetivos del cliente, para poder dar pie al siguiente paso...
- D) Explorar las excepciones al problema, con ello generar un trabajo sobre los momentos en que los problemas no están (hablando de las soluciones y ampliándolas).
- E) Retroalimentar al cliente acerca de la nueva concepción y trabajo que se realiza con él y finalmente...
- F) Medir el progreso del cliente (puede ser con escalas, que son muy utilizadas en este modelo) y acrecentar la mejoría.

Lo anterior no es más que un breve pergeño de la Terapia Centrada en Soluciones, sin embargo, existe una filosofía central y algunas premisas al modelo que tanto Insoo Kim Berg como Scott Miller (2002) propusieron:

Que la Terapia Centrada en Soluciones tiene como filosofía central:

- **Si no está roto, no lo compongamos:** principio básico tomado de la informática, nos dice que no hay que meternos con aquello que sí está funcionando y dedicarnos exclusivamente a la queja del paciente.
- **Hacer más de lo que funciona:** los clientes ya han podido lidiar con los problemas que tienen en el momento en que llegan a terapia, hay que retomar aquellas soluciones que les han funcionado y volver a hacerlas.
- **Si lo que haces no funciona, haz algo diferente:** la idea es que muchas veces esperamos resultados diferentes haciendo las mismas cosas, como dicen por ahí “si estás atorado y por más que intentas no puedes salirte de donde estás... métete más”.

Lo anterior es la filosofía central que sigue la terapia centrada en soluciones, pero además de su filosofía central, Kim Berg y Miller (2002) también plantean ocho principios básicos, a saber:

- 1) **Poner énfasis en la salud mental.** Esto debido a que se trabajan las soluciones y no se quiere establecer categorías de patologías. Tampoco una nosología.
- 2) **Utilización.** Se refiere a la utilización de los recursos del paciente, que son con lo que se trabajará dentro de la terapia.
- 3) **Visión ateórica/ no normativa/ determinada por el paciente.** Al trabajar con el marco del paciente y con los objetivos del paciente, no se puede tener una visión predeterminada (cuadrada) de cómo proceder, o se estaría trabajando con el marco de referencia de la teoría o del terapeuta. Por eso hay una visión ateórica.
- 4) **Parquedad.** En el talante de la navaja de Occham, “entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem”². Este principio he podido dar cuenta que es multicitado, pero poco entendido. Significa que entre más partes tenga

² “las entidades no deben ser multiplicadas más allá de lo necesario”. Occham fue un monje franciscano del siglo XIV.

una explicación, mayores son las probabilidades de que haya un error en ella, porque si tiene dos partes, sólo existen dos lugares para hallar el error, pero si tiene mil partes, hay mil lugares para hallar el error.

- 5) **Efecto ondulatorio:** también se le conoce como el efecto bola de nieve, la idea central aquí es que un pequeño cambio producirá, eventualmente, cambios más grandes.
- 6) **El cambio es inevitable.** La postura sistémica y cibernética dicen eso. El cambio es constante. No se puede evitar.
- 7) **Orientación hacia el presente y el futuro.** Se trabaja dentro del aquí y ahora del paciente, sin soslayar del todo el pasado, pero no como preponderante. Además los cambios que se buscan y los objetivos están puestos a futuro.
- 8) **Cooperación.** Al ser un enfoque no-directivo, se pretende cooperar con el cliente para encontrar las soluciones, pues se considera que él es el experto en su vida.

La terapia centrada en soluciones tiene varias premisas (Kim Berg, y Miller, 2002), que le dan una guía sobre cómo han de tratarse los clientes:

- **Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.** Esto supone que los problemas que llevaron al paciente o cliente a la terapia son solubles por él. Y que es él quien tiene las herramientas para solucionar su problema, no el terapeuta.
- **El cambio es constante, el método del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.** Muchas veces los clientes ya han hecho cosas para cambiar, pero al estar centrados en el problema no se dan cuenta de los pequeños logros que van teniendo. Llegan con una concepción maniquea de su situación. La labor

del terapeuta será la de identificar aquellas áreas en las cuales el cliente tiene éxito y ampliarlas.

- **Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.** Al estar centrado en las soluciones, este enfoque no necesita ahondar en los problemas ni horadar la reticencia del cliente para contar sus problemas como en otros enfoques. Como lo que se buscan son las excepciones, esas se dan cuando el problema no está, y lo que hay que saber es el contexto en el que eso ocurre, conocer a profundidad el problema, ergo, no es fundamental.
- **Sólo es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.** Esto se pone claramente de manifiesto en la pregunta del milagro. Con ella el cliente pone de manifiesto aquellas cosas que sí quiere, y esas cosas que sí quiere son lo que refleja la función de la queja. De esa manera, podemos saber cómo ayudar al cliente.
- **Los clientes definen los objetivos.** Quien sabe lo que quiere y lo que espera es el cliente. Además para que se comprometa más, quien debe querer los objetivos es el cliente.
- **El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.** En una clara contraposición con el modelo psicodinámico, aquí el cambio puede darse en el momento mismo de la terapia, no se necesitan largos períodos para percibir o producir un cambio, además el cambio es constante, como ya se dijo.
- **No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.** Dice Keeney (1991) que el terapeuta deberá puntuar sistemas cibernéticos, y que la manera de puntuar es perfectamente válida, por lo cual deberá escoger aquellos que le sean útiles para manejar los problemas de los clientes. Si yo elijo ver un problema como irresoluble, las probabilidades de

que pueda con él son mínimas, o si veo un problema o una situación como si yo no tuviera injerencia en ella, pues no podré entonces solucionar nada. Pero si veo las cosas de manera diferente, pues podré resolver algo.

- **Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.** Si el paciente llega con la demanda de cambiar al mundo o de hacer que otra persona haga exactamente lo que él (o ella) dice, entonces la terapia entra en un problema, pues ni el terapeuta ni nadie tienen esas capacidades. Entonces los problemas deberán ser puestos de manera tal que ofrezcan alguna posibilidad de solución, como también ya se dijo.

Mark Beyebach (2013), dice que hay 5 estrategias dentro de la Terapia Centrada en Soluciones, estas estrategias deben entenderse no como pasos a seguir, sino como nociones que deben mantenerse a lo largo del proceso terapéutico:

- I. **Provocar:** la descripción de soluciones en los clientes. Lo cual se puede lograr con una escucha atenta de los recursos de los clientes.
- II. **Ampliar:** o sea, pedir detalles de aquello que se busca o se pretende.
- III. **Atribuir control:** significa que a través de nuestras preguntas, logremos que los clientes identifiquen de qué maneras han logrado producir mejoras en ellos.
- IV. **Ir despacio:** esto simplemente quiere decir que el terapeuta debe adaptarse a la velocidad de cambio y al ritmo de los clientes. No tratar de imponer el propio.
- V. **Promover activamente la cooperación de la familia:** aquí se trata no de hacer que la familia haga lo que nosotros queremos, sino de nosotros identificar qué quiere la familia y movernos en consonancia con ella. Para lograrlo reconoce los siguientes puntos:
 - a. Identificar qué quieren los consultantes y adoptando sus objetivos.
 - b. Valida la posición de sus interlocutores.

- c. Utilizar el lenguaje de los clientes en lugar de imponerles la jerga técnica.

Existen diferentes técnicas que se aplican con regularidad dentro de la Terapia Centrada en Soluciones, por ejemplo:

- **La pregunta del milagro:** esta es una técnica que requiere toda una explicación. Una de las ideas importantes de de Shazer es que los clientes puedan ver su vida sin el problema (De Shazer, 1988). Pero en muchas ocasiones no lo logran, razón por la cual necesitan del ingenio del terapeuta para poder realizar este cambio en su realidad. Para ello realizó la pregunta del milagro que a continuación se describe (De Shazer, 1994; Wheeler, 1995):

Imagínate que al acabar de hablar conmigo, continúas el día como de costumbre, y que, después de ponerse el sol,... al irse haciendo tarde y oscuro, vas a la cama a dormir,... (Pausa). Si esta noche, mientras duermes, algo maravilloso sucede, un auténtico milagro, que consiste en que todos los problemas que te llevaron a buscar ayuda, como por arte de magia, desaparecen de golpe. Pero,... (Pausa), esto sucede mientras tú, y el resto de la gente, estaban durmiendo... Al despertarte, y como no sabes lo que ha pasado durante la noche, ¿Cómo te darías cuenta de que el milagro ha sucedido? ¿Cuáles serían los primeros signos de que el milagro ha sucedido? (Silencio. Pausa Larga). Si la respuesta es “No lo sé”, la acción del terapeuta será “CALLAR”. La clara utilidad de esta pregunta es que con ella, el cliente podrá observar sus objetivos, podrá centrarse en lo que desea ver diferente en relación con su vida, su familia, su persona, etc. El cliente podrá dejar de pensar en problemas y pensará en metas, en objetivos y excepciones.

- **Las escalas.** Se le pide al cliente que haga una escala de lo mal que se sentía cuando estaba el problema y lo bien, cuando el problema no está. Se utilizan

otro tipo de escalas, pero son para poder ampliar la diferencia y encontrar el cambio mínimo. Según Beyebach (2013), la escala más utilizada es la de Avance, que adquiere la siguiente forma: Si 10 es que el problema está del todo superado y 1 cuando peor estaba, ¿dónde dirías que estás ahora? De acuerdo con Cade y O'Hanlon, las escalas también se pueden utilizar para explorar la medida en que los clientes creen que habrá un cambio, v.gr.: si cero representa que así seguirá la persona por el resto de su vida y diez la posibilidad de que cambie en el futuro, en dónde se ubica usted. También nos llaman la atención a que las escalas sean “realistas”.

- **Identificar, crear y modificar patrones.** Al ser las pautas las que nos llevan a los problemas, y también a las soluciones, tenemos que identificar los patrones que nos libran de los problemas, y utilizarlos, y modificar aquellas pautas que nos llevarán irremediamente al problema. Dice O'Hanlon (2001) los patrones se pueden cambiar a través de modificar: la frecuencia/ritmo del problema, su duración, ocasión en que se produce, su sucesión entre otros.
- **El resumen.** Es una técnica que funciona en muchos niveles, uno de ellos es decirle al paciente: “si te estoy poniendo atención”. Otra es reformular lo que él dijo y darle un re-encuadre, a través de devolverle la información que nos dio, pero con otro matiz.
- **El reconocimiento de recursos.** Muchas veces los clientes llegan diezmados y con concepciones de ellos mismos y de sus problemas que no se ajustan con la realidad. Llegan con problemas maximizados y personas disminuidas, al reconocer los recursos del cliente se le da una posibilidad de cambiar.
- **Prescribir tareas.** Técnica clásica en las terapias breves y en los enfoques sistémicos. Se pretende modificar un patrón en el cliente a través del uso de tareas puestas por el terapeuta con base en la información vertida por el

cliente. De Shazer (1984) en un artículo cardinal para la TCS, propone que al dejar una tarea, el terapeuta le dice a la familia que éste espera un cambio, y que además, el cambio es posible.

- **El empleo de preguntas.** El sólo hecho de preguntar puede promover el cambio, pues dentro de la pregunta puede estar implícito un nuevo marco de referencia para el cliente.
- **Excepciones.** Cade y O’Hanlon (1995), dicen que es esencial para la Terapia Centrada en Soluciones es esencial la certidumbre de que en la vida de las personas, siempre hay excepciones a las conductas, ideas, sentimientos o interacciones que están asociadas con el problema.
- **El manejo de las emociones para facilitar las soluciones:** según Lipchik (2004), las emociones tienen el mismo rango que la cognición y la conducta. Y pueden ser vistas como un medio para conectarnos con los clientes y comprenderlos. Dice además que la relación entre los terapeutas (presentes en el consultorio) y el cliente se da una relación emocional que en ocasiones no puede ser transmitida a aquellos que observan detrás del espejo.

La Terapia Centrada en Soluciones es muy utilizada, y no sólo en el ámbito terapéutico, de acuerdo con Rhodes y Ajmal (1995) también tiene aplicaciones en el mundo de la gestión, la supervisión y la enseñanza. Es un enfoque que por revolucionario, puede tocar diferentes esferas. El cambio que da de poner énfasis en la solución y no énfasis en el problema, ha sido adoptado muy bien por todos aquellos que buscan generar conversaciones e intervenciones positivas en los clientes. Termina siendo un cambio muy grande a nivel conceptual, la psicología desde su existencia se ha dedicado a explorar la patología, la deficiencia, la inadaptación, la TCS es una hermosa excepción a esta condición de la psicología.

2.2.5.1 La Terapia Centrada en Soluciones y cibernética de segundo orden

El modelo de soluciones para mí ha sido como un as bajo la manga, en más de una ocasión he recurrido a él para salir del atolladero de un proceso complicado. No siendo mi modelo de predilección, sí es uno al cual recurro con bastante frecuencia pues encuentro muy práctico y útil el cómo este modelo se enfoca en las soluciones. Y creo que las premisas del modelo resultan un bálsamo para los terapeutas. Especialmente aquél que dice “los clientes tienen recursos y fuerzas para solucionar sus quejas”, porque a veces la demanda de los pacientes se vuelve muy fuerte y uno puede caer en la tentación de querer solucionar el problema del cliente (sé que no se debe hacer, pero creo que es una tentación en la que un terapeuta puede caer muy fácilmente).

Otro de los aspectos que me parece de capital importancia y del cual echo mano con bastante asiduidad es el de su filosofía central “si no está roto, no lo compongas” que yo lo entiendo como un compromiso ético, pues propugna la labor de uno como terapeuta cuando esta se circunscribe a la solicitud del cliente y no a lo que el terapeuta desee cambiar de su cliente. Sé que es algo trillado, pero en el terreno profesional, me topado con que muchos terapeutas terminan encontrando en la terapia ese terreno fecundo para promover ideologías personales, con las desventajas que ello trae consigo.

2.2.6 Modelo de Milán

Hablar sobre la escuela o el modelo de Milán no es fácil, tiene momentos, matices y personajes tan insignes como prolijos. Se narrará el devenir de la escuela de Milán a través de tres momentos para hacer un paralelismo con su lente trigenreacional y ver en cada momento las técnicas y métodos representativos. Existen diversos autores

que manifiestan diversos momentos en Milán, Karl Tomm (1984) reconoce al menos 4 momentos en el desarrollo de Milán, Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana Maria Sorrentino (1999) reconocen tres momentos en cuanto a método de tratamiento se refiere.

9 de mayo de 1904 es el año en que un genetista de nombre William Bateson y su esposa Beatrice Durham dieron vida a un bebé que habría de convertirse en nuestro multicitado y muy influyente antropólogo de nombre Gregory Bateson. La obra de Bateson, además de influir en otros modelos como ya hemos visto, habría de influir fuertemente el trabajo del grupo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). La teoría del doble vínculo y los diferentes niveles de comunicación los retomaría el equipo de Milán para hacerlos propios.

El grupo original de Milán retomó a otro de los seguidores de Bateson, a Paul Watzlawick. De él, retomaron sus desarrollos plasmados en “Pragmática de la comunicación humana” (Selvini et. al., 1988; Boscolo et. al., 2003), que ya se revisaron previamente. Los niveles en que se da la comunicación y cómo se comunican particularmente las familias es lo que retoman de Watzlawick y lo incorporan en su práctica.

Bateson como Watzlawick fueron la principal influencia del grupo de Milán, pero no la única. Si hablamos de una “epistemología cibernética” como lo hace Keeney (1991), nos tenemos que hacer mención de Wiener, von Foerster, Maturana y Varela (Sánchez y Gutiérrez, 2000) entre otros. Cuando hablamos de la visión sistémica de la escuela de Milán, tenemos que referirnos forzosamente a Bertalanffy.

Los abuelos

En mayo de 1967 el *Centro per lo studio della famiglia* inicia sus actividades (Selvini et. al., 1988). El centro era conformado por una decena de psiquiatras,

incluyendo a la organizadora Mara Selvini, y al resto del equipo original de Milán, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Pratta (Boscolo et. al., 2003). Muchas cosas ocurrieron durante 4 años para que finalmente en 1971 (Selvini et. al., 1988; Selvini et. al., 1999; Boscolo et. al., 2003) se conformara el llamado grupo de Milán. Estos cuatro psiquiatras y terapeutas, deciden adoptar una postura sistémica purista. Retoman las investigaciones de Watzlawick y la epistemología de Bateson.

El equipo de Milán trabaja de 1971 a 1978 de manera conjunta. Fruto de ese esfuerzo es el prolegómeno del enfoque de Milán llamado “Paradoja y contraparadoja”. Este grupo trabaja de manera sistemática, entran una pareja de terapeutas hombre-mujer, para que del otro lado del espejo esté otra pareja hombre-mujer. Las sesiones duran entre 2 y 4 horas aproximadamente y se atiende a las familias con un intervalo de uno a dos meses por sesión.

Forma de trabajo

El cuarteto de Milán trabaja en 5 tiempos a saber (Selvini et. al., 1988):

- I. Pre-sesión: previa llamada telefónica en la que se recopila información precisa, se discuten las posibles hipótesis del caso y se adopta una para que sirva de guía a las preguntas que se harán en la sesión.
- II. Sesión: se hace el **interrogatorio circular** a las familias, obviamente con una postura de **neutralidad**, el talante de todas las preguntas e intervenciones en este momento estará en función de la **hipótesis**. Y el propósito principal es tener una **visión trigeneracional** de la familia.
- III. Discusión de la sesión: se corroboran hipótesis y se discuten puntos de vista con el equipo detrás del espejo, se discute el posible **mito familiar**, en este momento los terapeutas dejan a las familias.

- IV. Conclusión de la sesión: los terapeutas regresan con la familia y dan el mensaje final, que puede ser una **contraparadoja**, una **connotación positiva**, la prescripción de un **ritual**, en muchas ocasiones, etc.
- V. Acta de la sesión: se discute el efecto de la conclusión de la sesión en la familia, se replantean o surgen nuevas hipótesis y se discute nuevamente.

Herramientas de trabajo

- **Neutralidad:** la neutralidad la entienden los asociados de Milán como el efecto pragmático de la conducta del terapeuta sobre la familia. Esto, en términos llanos es que si al final de la sesión se le preguntara a los miembros de la familia por quién se inclinaba el terapeuta, ellos no podrían contestar.
- **Hipótesis:** las hipótesis eran explicaciones tentativas de cómo es que el síntoma resultaba útil para la familia. Las hipótesis en Milán tenían que ser sistémicas, esto es que tocaran a todos los miembros de la familia, pero no en lo individual, sino en sus interacciones y que tenían un carácter relacional. Las hipótesis no tenían que ser verdaderas, de hecho se presuponía que no lo eran, valían por lo útil que resultaba tenerlas, porque al intentar corroborarlas o desecharlas, los terapeutas podían tener neutralidad y material para formular más preguntas.
- **Interrogatorio circular:** esta es una técnica muy importante en todo el trabajo de Milán, incluyendo el ulterior, consiste, básicamente, en hacer preguntas a un miembro de la familia para que dé información sobre la relación de otros dos, y con ello al mismo tiempo, provea información sobre su relación con ambos. El interrogatorio circular es en sí mismo una intervención.
- **Connotación positiva:** La connotación positiva dice el grupo de Milán surge de: "... la necesidad de llegar, sin contradecirnos, a una intervención

terapéutica paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado” (Selvini, et. al., 1988). Dado que la intención terapéutica del grupo de Milán era prescribir el síntoma para que paradójicamente se dejara, el cuarteto milanés encontró la connotación positiva la maniobra idónea. Cabe aclarar, que se connota positivamente el síntoma y la función homeostática que cumple en el sistema (la capacidad del sistema para mantener su homeostasis), no a las personas, esto es muy importante de tener en cuenta.

- **Contraparadoja:** a la paradoja terapéutica, esto es, a aquella que dan los terapeutas para contrarrestar los efectos de la paradoja que tiene atrapada a la familia se le llama contraparadoja.
- **Ritual:** “Desde el punto de vista formal se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. En efecto para ser eficaz (sic), el ritual tiene que implicar a toda la familia” (Selvini, et. al., 1988).
- **Visión trigeracional:** la visión trigeracional de Milán implica que hay un juego en la familia que se extiende más allá del contexto de los padres del hijo sintomático, sino que llega a los abuelos y puede ser un mito, un juego de poder, o comunicación en diferentes niveles lógicos. Una de las cosas que más distingue a Milán es esta visión trigeracional del fenómeno o del síntoma en cuestión.
- **Mito familiar:** el mito familiar es una creencia compartida por la familia que puede o no ser explícita y que generalmente atrapa o causa problemas en aquellas familias que llegan a terapia.

Los padres

El decurso natural de cualquier familia es la separación de alguno de sus miembros, la familia de Milán no podía ser la excepción. El cisma ocurre en el año de 1978

(Selvini et. al., 1999), se separan en el *club de Toby y de Lulú*. Selvini y Prata trabajan por un lado y Boscolo y Cecchin por el otro. También lo sustantivo de sus trabajos cambia, el primer grupo se dedica a la investigación y el segundo a la formación de terapeutas y a impartir cursos alrededor del mundo. Este segundo momento en la historia de la zaga de Milán abarca, con mayor claridad del lado de Selvini, desde 1979 hasta 1987.

Mara Selvini y Giuliana Prata

El equipo de Selvini se dedicó a seguir con la investigación, razón por la cual decidieron adoptar un método llamado la prescripción invariable, más o menos en el mismo período de tiempo, utilizaron otra técnica llamada la revelación del juego familiar.

En esta etapa Selvini trabaja con Prata, pero también empieza el nuevo grupo que fraguará con el libro “Los juegos psicóticos de la familia” en donde expone sus dos principales métodos de esta época.

La prescripción invariable

La prescripción invariable surge como una necesidad de la investigación, el volver una variable una constante para contrastarla contra otra variable. Dicho esto en términos más sencillos es: utilizar un mismo tratamiento y ver cuáles son los efectos en las familias con la problemática de la anorexia y la bulimia y de esa manera generar datos para investigar.

La prescripción invariable se hacía en 5 sesiones y consistía básicamente pedirles a los padres que se fueran de paseo por media hora (el tiempo iba aumentando progresivamente) haciéndoles notar a los hijos que se iban, pero sin decirles adónde es que iban o qué era lo que hacían el tiempo que estaban ausentes.

El propósito de dicha prescripción era desestabilizar el sistema, devolver jerarquía a los padres y modificar la interacción de la familia. En palabras de Selvini: “simplemente se estructuró una prescripción que rompió un juego familiar que

seguía siendo oscuro, confiando al cumplimiento de esa prescripción la tarea de hacerlo evolucionar en una dirección radicalmente distinta” (Selvini et. al., 1990).

La revelación del juego familiar

Para hablar de la revelación del juego, primero hay que decir qué entendía este equipo por juego: “un juego siempre es el producto de las intervenciones alternadas de los jugadores, quienes, motivados para ganar, como individuos o como grupo, y dentro de las reglas explícitas aceptadas consensualmente, hacen de tanto en tanto su movida consecuente con la movida adversaria” (Selvini et. al., 1990).

Todas las organizaciones, grupos o familias que tengan una historia, tendrán un *juego*, pero en las familias consultantes, dicho juego devenía en un síntoma y resultaba insostenible para uno o más miembros de la familia. De acuerdo Boscolo y Bertrando (2000) “... la función del terapeuta-observador era la de <<descubrir>> los juegos patológicos, donde el término <<juego>>³ se refería a una modalidad organizativa específica del sistema familiar” El trabajo terapéutico consistía, en términos latos, en elucidar a las familias el juego que estaban jugando y de esa manera modificarlo. Era hacer evidente tanto *el embrollo* como *la instigación*.

Básicamente se puede decir que *el embrollo* es cuando alguno de los padres hace ostensible una relación privilegiada con alguno de los hijos, pero no por interés afectivo por aquel, sino como una estrategia o una herramienta contra otro miembro, generalmente el otro cónyuge. *La instigación* es para este grupo cuando la conducta de un miembro se explica por la provocación de otro para que actúe de la manera en que lo hace.

Boscolo y Cecchin

³ Entrecorillado del original.

El trabajo de ellos se centró en la formación de terapeutas y también formaron otro grupo junto con Lynn Hoffman y Peggy Penn, que cristalizaría en el libro “Teraía familiar sistémica de Milán” que se publica en el último año de esta etapa 1987.

El trabajo en este momento, sigue con los lineamientos de la cibernética, pero aquí inicia la etapa, con mayor ahínco, de la cibernética de segundo orden, Boscolo y Cecchin comienzan a girar la lente y voltearla hacia ellos mismos y al proceso terapéutico. En palabras del propio Boscolo: “Tras la disolución del equipo en 1980, Cecchin y yo trabajamos con las familias en el contexto de un programa de formación. Este cambio fue importante porque favoreció el desarrollo de un modelo cibernético de segundo orden (o cibernética del sistema de observación)” (Boscolo, 1998).

Los hijos

Esta tercera parte, supone el período comprendido desde 1988 hasta la fecha, hay más rompimientos en esta época y está menos unificada en ideas, como corresponde al *zeitgeist*. Los otrora equipos están más desdibujados, Selvini consolida nuevos equipos y Boscolo Cecchin se embarcan en periplos epistemológicos que los llevan por los senderos de la posmodernidad, la narrativa y los nuevos desarrollos de la biología.

Mara y su prole

El lado de Mara Selvini crece, trabaja ahora con su hijo Matteo y con más especialistas. En esta etapa utilizan el modelo diacrónico, el primero de ellos plasmado en “Los juegos psicóticos de la familia” que consta de 6 estadios por los que las familias atraviesan.

Entre los colaboradores con quienes trabaja Selvini en esta etapa se encuentra Stefano Cillo, quien a su vez liderará otro grupo para escribir “La familia del

toxicodependiente” donde tienen de la familia una visión con un modelo diacrónico de 7 estadios (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Mara Selvini publica junto con su hijo Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Ana Maria Sorrentino, lo que habría de ser su libro póstumo, “Muchachas anoréxicas y bulímicas”. En este libro Mara y su grupo hacen uso de muchos elementos incluyendo el análisis socioeconómico, tipos de personalidad, etc. el aliciente sigue siendo la investigación.

Boscolo y Cecchin

Para este momento, el espíritu curioso y la búsqueda no de nuevas formas de ver terapia, sino de nuevas formas de concebir el mundo, llevan a Boscolo y a Cecchin a la separación.

Por una parte, en 1992, Gianfranco Cecchin publica, junto con Gerry Lane y Wendel Ray, su libro “Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas”. Esta etapa de Cecchin es más posmoderna, más cercana a la narrativa dice: “... creemos que pensar en términos de <<irreverencia>> nos mueve a reflexionar también sobre ética y pragmática e incluso, quizás en un alarde de ambición, a especular sobre la condición humana en este mundo fluctuante” (Cecchin, Lane y Ray, 2002).

2.2.6.1 Milán y cibernética de segundo orden

Debo reconocer que el modelo de Milán es mi favorito, no sólo por la efectividad y por la variabilidad de técnicas que tiene y la evolución que siguió y mantiene hasta el día de hoy, sino porque fue justo este modelo con el que empecé a conocer la Terapia Sistémica. También fue en el que recibí supervisión y de quien pude observar a diversos terapeutas trabajar con este modelo, pero con especial mención

de Luigi Boscolo. De quien tuve la fortuna de aprender directamente en una ocasión en que vino a Tampico y pude ver cómo trabajaba de cerca y cuál era su transitar por la terapia.

Del modelo de Milán retomo en muchas ocasiones el interrogatorio circular, pues me parece una técnica y una concepción de la terapia muy importante, respetuosa, práctica y que trabaja, con lo que yo creo es la esencia de la terapia... las preguntas. Además, la idea de que el interrogatorio circular no busca revelar lo que existe, ni “obtener información” de la familia, sino generar información para que la familia se entienda a sí misma (Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., 1980). Lo cual sucede con mucha frecuencia al utilizar esa técnica.

La idea de Cecchin de mantener una postura de irreverencia me parece muy refrescante y un ejercicio indispensable cuando uno es terapeuta, pues de lo contrario, se puede caer en la institucionalización del proceso terapéutico y con ello dar automático fin a la terapia como un encuentro humano. Esto es, quitarle al proceso terapéutico su carácter de único, irrepetible, íntimo, enriquecedor, complejo etc.

2.2.7 Modelos Posmodernos

A continuación se coligen las posturas terapéuticas centradas en la posmodernidad pero que también participan en este movimiento amplio llamado terapia familiar y que fueron objeto de estudio durante la maestría.

2.2.7.1 El Equipo Reflexivo.

El equipo reflexivo es una manera de trabajo desarrollada en un país que resulta ser largo y delgado y está ubicado muy cerca del septentrión llamado Noruega. La manera de trabajo consiste básicamente en que los consultantes (familia, pareja o individuo) escuchen a terapeutas (los miembros del equipo) hablar sobre las ideas que tienen con respecto a ellos.

El equipo reflexivo es muy poderoso en muchos sentidos, uno de ellos, es que libera al terapeuta responsable de una gran responsabilidad y le da un talante más horizontal a la terapia, Andersen (1994, pag. 34) dice: “el revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos los únicos responsables, sólo éramos una de las dos partes”

Ser uno mismo, en este punto se tocan Andersen y Maturana, pues el primero retoma las ideas del segundo, veamos. Según Heinz von Foerster (2006, pag. 158), el “teorema 1” de Maturana dice: “todo lo dicho es dicho por un observador”. Sin embargo, las observaciones, están determinadas por la estructura del observador, en palabras del propio Maturana (1998, pag.156): “si seguimos lo que digo a propósito de la constitución del observador y de su corporeidad, queda claro que, en la explicación que propongo, la experiencia de la observación está constituida y determinada en las dinámicas estructurales de la corporeidad del observador cuando él (o ella) opera las distinciones que él (o ella) opera a la manera del ojo y del sistema nervioso que construyen la visión”. Ser uno mismo es importante para Andersen, pues entiende que cuando hay un sistema estancado (la familia consultante) las opiniones de otras entidades (los terapeutas) se harán desde los terapeutas, pero las tomará la familia desde su organización, desde su estructura, en este sentido retomará lo escuchado y acomodará la nueva información.

Las reflexiones que se pueden dar en el equipo reflexivo sirven a la familia para que cambie, pero de acuerdo con Maturana, la familia que entra no es la misma que sale, no puede operar un sistema de manera diferente a la manera en que lo hacía y seguir siendo el mismo sistema. Él nos dice que un sistema conocerá de acuerdo a la constitución de éste, que lo que un observador puede ver está determinado por su estructura y si se cambia su estructura, se cambia a otro sistema. Los sistemas (familias) que acuden a terapia, encuentran un espacio para desarrollar su autopoyesis.

La autopoyesis es un concepto desarrollado por Maturana y su ex-alumno Francisco Varela, “para designar y caracterizar la organización de los sistemas vivos en forma tal que quedaran en evidencia las consecuencias de su operación” (Maturana, 1998b, pag. 121). El término surge por la necesidad de designar cómo se distingue a los seres vivos de los que no lo son y para ver que los seres vivos se distinguen de su entorno de acuerdo a una organización particular. Lo mismo pasa con los fenómenos sociales y los grupos formados por individuos... familias.

Cibernética de la cibernética en el equipo reflexivo. Lo que está detrás de la manera de trabajo de Andersen es el constructivismo, se presupone que cada individuo construye su manera de ver la realidad, en este sentido, se invita a los terapeutas a que reflexionen y compartan sus pensamientos, experiencias e individualidades con la familia consultante. Cualquier consideración de un terapeuta, no estará bien o mal, simplemente será una versión más del fenómeno ocurrido, será una construcción más del fenómeno determinada por la estructura quien la ofrece. La familia por su parte se lleva una retroalimentación muy importante y modificará su acción y tomará las consideraciones de los terapeutas también desde su estructura. La familia observa lo que otros observan de su

observación y el terapeuta observa las observaciones de la familia con respecto a sus observaciones. Es una recursividad de segundo orden, sistemas observados.

El equipo reflexivo de Tom Andersen es muy útil, le ofrece a la familia o cliente una amplísima gama de posibilidades y es una intervención realmente poderosa. Lo que he podido ver es que a las familias les hace mucho sentido escuchar otras voces hablando de ellas. Quienes reciben las opiniones del equipo terapéutico a menudo quedan ensimismados y con ánimos de seguir escuchando más. Funciona de maravilla en aquellas familias o clientes que no se les puede decir cosas de manera directa. No me ha tocado ver que rechacen los comentarios del equipo reflexivo.

Cibernética de segundo orden del equipo reflexivo... ¿qué me pasa a mí con esta manera de trabajo? Me gusta, siento que a mí me ayuda a tener otra visión de mis pacientes, me son útiles los comentarios del equipo, aun cuando no esté de acuerdo con las opiniones o visiones que tenga el equipo me es muy útil. También me resulta liberador, hay más gente apoyando, hay más visiones, y más voces para dar mensajes que de otra manera tendría que convertirme en una suerte de hidra para poder darlos.

Entrar como parte del equipo también me es gratificante y me coloca en una postura más relajada por dos razones. 1) puedo tener más participación en el proceso terapéutico cuando soy parte de un equipo reflexivo que cuando soy parte de un equipo convencional y 2) se me hace menos complicado y más auténtico hablar en ocasiones desde mi experiencia o cómo veo yo las cosas que “adoptar” una postura terapéutica para decirlas. Con esto último no quiero decir que en el equipo reflexivo se pueda decir lo que sea, pero es más desde mi individualidad.

¿Por qué será importante Humberto Maturana en la terapia? Simplemente porque pone el énfasis donde lo debe poner. Las ideas de Maturana, permiten que

tengamos una mayor claridad sobre lo que hacemos, quita un tanto el velo de la objetividad y permite ver y apreciar, resignificar y valorar la individualidad del terapeuta y de la familia y con ello, aligera la carga del terapeuta y facilita su quehacer. Marca los límites de lo que un terapeuta puede hacer y lo que no y hasta donde le toca a la familia y hasta dónde al terapeuta ser parte de la sinergia del cambio. Las ideas de Maturana resultan indispensables en una lógica constructivista. De nueva cuenta, me gusta dejar hablar al propio Maturana (1998, pag. 125): “finalmente, en el contexto del cambio y de la terapia familiar, todo esto significa: a) que cada cambio terapéutico en una familia pasa necesariamente por el cambio individual de las personas que la componen; b) que la acción terapéutica sólo puede efectuarse por la interacción del terapeuta con uno, varios o todos los miembros de la familia en cuanto individuos, y c) que el encuentro simultáneo del terapeuta con todos o la mayoría de los miembros de la familia es una manera de interactuar individualmente con cada uno de ellos en un proceso que permite al terapeuta desarrollar una manera de ser pertinente para ellos en el contexto de su familia, y esto con la intención de propiciar un cambio en la configuración de acciones coordinadas que la define”.

Lo mencionado hasta este momento, obedece a la observancia del Equipo Reflexivo sólo en la parte instrumental, y esta visión que se acaba de hacer del mismo obedece a una visión cibernética. Sin embargo, Andersen no es cibernético, ni de primero ni de segundo orden. El Equipo Reflexivo de Andersen, dice Paré (1999), corporiza una serie de principios de la filosofía del construccionismo social. De hecho, Sheila McNamee y Kenneth Gergen (1996), sostienen que los relatos son subproductos de las relaciones humanas y que estos adquieren significado a partir de cómo se los utiliza dentro de las relaciones humanas. O sea, suscriben las ideas del construccionismo social.

La idea de poder generar diálogos, y diálogos sobre estos diálogos es para poder generar otros relatos, y por lo tanto, otras construcciones del mundo. Y qué mejor que hacerlo con muchas personas, de ahí el gran impacto que tiene el Equipo Reflexivo sustentándose en el construccionismo social. Cuando una persona cuenta su relato y es escuchado por el terapeuta y un equipo, al momento en que el equipo dialoga sobre el relato de la persona, esta puede ver su relato con un nuevo crisol. Además de que lo hacen de forma pausada y eso, en un proceso de diálogo, favorece la reflexión.

Dentro del talante construccionista del Equipo Reflexivo, Andersen (1995), propone que no debe haber un manejo de la jerarquía por parte del terapeuta, puesto que suele hacerse desde arriba hacia abajo, como en un gobierno, así que prefiere la “heterarquía” pues habla de una relación mucho más igualitaria.

Otro punto dentro de la visión socioconstruccionista es que la terapia necesariamente implica una forma de activismo político, ya sea que se reconozca o no. La postura de Andersen se mantiene en el construccionismo social, de hecho, como comenta Gilberto Limón Arce (2012) no se puede entender los comentarios del equipo reflexivo desde un marco moderno, como tampoco se puede pensar en el terapeuta como un no experto si la postura de Andersen no fuera socioconstruccionista.

La metodología para trabajar el equipo reflexivo puede resumirse en uno cuantos puntos básicos (Andersen, 1994):

La entrevista con el paciente (la sesión) debe ser dividida en 3 partes.

- 1) El terapeuta llevará la sesión con un paciente de forma regular. Esto puede durar alrededor de media hora. Todo esto mientras el Equipo Reflexivo

observa desde el otro lado del espejo unidireccional, suele encontrarse en penumbra.

- 2) El Equipo Reflexivo entra en acción, un grupo de 4 a 8 terapeutas (en realidad puede contener otro tipo de profesionales) conversan entre sí sobre lo que acaban de escuchar. En esta etapa se ilumina la parte del Equipo Reflexivo para el paciente pueda verlos. Pero sólo hablan entre ellos, no dialogan con el paciente.
- 3) Cierre: El Equipo Reflexivo se calla, quedan las cosas como al inicio y el terapeuta le dice al cliente que puede quedarse con lo que le haga sentido y desechar lo que no. Se comenta brevemente lo que el cliente escuchó y se cierra la sesión.

Existen diferentes formas de hacer el equipo reflexivo, Garrido describe dichas variaciones (Garrido y Fernández-Santos, 1997):

- A través del espejo
- El equipo que viene y va
- Todos cambiamos de lugar
- Todos bajo el mismo techo
- El grupo amplio como Equipo Reflexivo en el contexto formativo

Dentro del equipo reflexivo (ER) uno no puede decir cualquier cosa que se le ocurra, existen ciertos lineamientos para poder participar en él. Helos aquí:

- ✓ El ER habla entre sí, es decir, se dirige hacia los demás integrantes del ER y no hacia el entrevistador ni hacia el cliente.
- ✓ Las reflexiones deben de ser claras y usando el lenguaje del cliente

- ✓ En la reflexión se trata de incluir a todos los miembros significativos de quienes habló el cliente.
- ✓ El entrevistador y el cliente son respetados como personas y como sistema. No se les interrumpe.
- ✓ Tampoco se interrumpe al ER.
- ✓ El ER debe ser respetuoso, sensible, discreto, positivo, y creativo tratando de aportar algo novedoso que pueda ser útil para la persona.
- ✓ Las reflexiones serán orientadas a recursos y fortalezas, pero deben de ser reales y auténticas.
- ✓ Sin embargo, no se trata solamente de reconocer y aplaudir los aciertos, sino también de hablar de los errores, riesgos potenciales y dificultades personales, pero siempre con respeto y buscando ofrecer diferentes formas de afrontarlas y superarlas.
- ✓ Todo comentario es especulativo y tentativo: utilizando términos como “quizá”, “me pregunto”, etc.
- ✓ Evitar pronunciamientos, declaraciones, aseveraciones, interpretaciones y juicios, es decir, nada se dice en forma taxativa.

Sin embargo, el propio Andersen dice que en ocasiones es mejor ver qué si puede decir el equipo reflexivo a partir de lo que no debe decir:

- No comenta sobre cuestiones que pertenecen a otros contextos (fuera de la sesión).
- No da connotaciones negativas.

- No interpreta.
- No juzga.

Además, dentro del equipo reflexivo es la idea es hacer reflexiones, porque las personas que escuchan a otros reflexionar, escuchan y retoman esas reflexiones para ellos mismos. Karl Tomm (1987) hace una clasificación sobre dichas reflexiones:

- Reflexiones orientadas al futuro: para cuando hay una visión de túnel y a las familias o clientes les es difícil imaginarse el futuro por sí mismos, pues están centrados en el presente y el pasado del problema.
- Reflexiones desde la perspectiva del observador: aquí es importante la capacidad del observador para distinguir y hacer distinciones sobre los clientes sobre qué les pasa, abrir la posibilidad de una cibernética para ofrecer otra retroalimentación a la familia.
- Reflexiones que cambian inesperadamente el contexto: por supuesto cada que se cambia el contexto, se hace un cambio sobre lo observado, puesto que el contexto define el contenido, si cambio el contexto en que está una familia es probable que cambie sus certezas y modifique el problema.
- Reflexiones con sugerencia implícita: es una forma de sugerir una dirección, y como no está hablándole directamente a la persona, ésta tendrá la libertad de decidir tomar o desechar la sugerencia.
- Reflexiones de comparación normativa: efectivas para normalizar (despatologizar), también en el caso de ser necesario, para acentuar las diferencias individuales de cada persona.
- Reflexiones que clarifican distinciones: esta es muy útil, especialmente para provocar distinciones en familias rígidas, o en cuestionar “realidades familiares” con no resulten útiles para la familia.

- Reflexiones que introducen hipótesis: esta es excelente para dar opciones a las familiar, formas diferentes de re-encuadrar la realidad.
- Reflexiones que interrumpen el proceso: son reflexiones que tienen la intención de revelar temas velados, secretos familiares o que detienen la forma tradicional de abordar la realidad de las familias.

2.2.7.1.1 Equipo reflexivo y cibernética de segundo orden.

Tengo la experiencia de haber trabajado con equipos reflexivos en diferentes escenarios y puedo dar cuenta del increíble valor y potencia que tiene el ER, puesto que en algunas ocasiones he podido ver que un cliente llegue a desarrollar un vínculo terapéutico más fuerte con el equipo que con el propio terapeuta. Además la idea de escuchar a otros hablar sobre nosotros mismos, nos brinda una oportunidad inmejorable para realizar la cibernética de segundo orden, cosa que sucede con muchísima frecuencia en la vida diaria, pero lo que no es tan fácil que ocurra, es que a quienes escuchamos hablar de nosotros lo hagan con tanto cuidado, bonhomía y de una forma tan constructiva como es el caso del ER. Si la realidad termina siendo socialmente construida, como lo refieren Peter Berger y Thomas Luckman (1968), qué mejor que construirla con los principios y premisas de Tom Andersen. Las realidades así construidas seguro que serán más útiles que de cualquier otra forma.

2.2.7.2 Terapia Narrativa

Podríamos comenzar este apartado con una definición de la Terapia Narrativa, sin embargo esto podría contravenir el sentido y la metodología de trabajo del propio enfoque. Pero, ¿qué es la Terapia Narrativa? Para Martin Payne (2002), la Terapia Narrativa se refiere a las prácticas e ideas desarrolladas por Michael White y David

Epston; por otro lado, dice Alice Morgan (2000) que la Terapia Narrativa es un enfoque terapéutico que trata de ser respetuoso y que no genere culpa y el cual supone que las personas son expertas en sus vidas. Bertrando y Toffanetti (2004) dicen que para White la Terapia Narrativa es una operación política, esto porque basa mucho de su teoría en Foucault. Sin embargo, podríamos decir que existe una frase acuñada por White la cual podría resumir el sentir de la Terapia Narrativa: la persona no es el problema, el problema es el problema.

Para poder lograr esto, White propone, como punto central de la Terapia Narrativa, la separación de una persona con respecto al problema. A esa separación que existe entre una persona y el problema White le llama externalización. La Terapia Narrativa ve que las narrativas de los clientes están saturadas de problemas, además muchas veces las personas se viven y, por lo tanto narran, como si el problema ya fuera parte de ellos, v. gr. el esquizofrénico que nunca dice padecer la enfermedad de la esquizofrenia, sino que dice “soy” esquizofrénico.

La externalización logra separar a la persona del problema, y dejar el problema como el problema. Y con ello logra ayudar a las familias en:

- 1) Disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
- 2) Combatir la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
- 3) Allanar el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
- 4) Abrir nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
- 5) Permitir a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían «terriblemente serios».

6) Ofrecer opciones.

Según Adrián Montesano (2012) existen tres influencias principales en la Terapia Narrativa:

- La obra de Bateson, de ahí sacó White su epistemología. De hecho el propio White (1992) reconoce que Gregory Bateson fue una de sus principales influencias.
- La obra de Michel Foucault, fue otra de las grandes influencias para White, especialmente cómo los sistemas de conocimiento o de saber occidental cosifican y subyugan al individuo afectando sus potencialidades.
- La tercera son las aportaciones de Bruner y Vygotsky de dónde retoma el concepto de aprendizaje y el de andamiaje, punto central en White (1992).

White (1992) quiere trabajar la terapia pero desde un enfoque diferente del que lo hace el pensamiento lógico-científico, lo plantea desde lo narrativo. Para White, es un tipo de pensamiento que tiene una serie de diferendos con el pensamiento científico, a saber:

- ✓ Experiencia: el modelo científico busca eliminar las particularidades de la experiencia en pos de los constructos cosificados. La narrativa se nutre de lo particular y único.
- ✓ Tiempo: en el pensamiento lógico-científico las leyes son atemporales, en el sentido de que siempre son válidas, no están sujetas al tiempo; en la narrativa, la temporalidad es una dimensión crítica, el tiempo está dentro del inicio y término de las historias.
- ✓ Lenguaje: el modelo lógico-científico busca reducir la incertidumbre del lenguaje y promueve su simpleza, la consistencia interna y la lógica v. gr. la

matemática. En lo narrativo, el lenguaje discurre en lo subjuntivo, el lenguaje del sujeto, en la polisemia, en la hermenéutica individual.

- ✓ Agencia personal: el modelo lógico-científico hace, prácticamente, un *reductio ad absurdum* de la persona, dejándola en el nivel de un, dice White (1992), autómata de alto nivel. Para la narrativa la persona es protagonista y participante de su propio mundo. Las personas pueden re-escribir sus historias con los otros.

Y para la realización de la terapia narrativa, White (1992) dice que una terapia situada en modo narrativo de pensamiento tiene las siguientes singularidades:

- ✓ Da la máxima importancia a las vivencias de la persona.
- ✓ Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal (dimensión retomada de Bateson).
- ✓ Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples (de ahí la polisemia en el siguiente punto).
- ✓ Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
- ✓ Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- ✓ Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.

- ✓ Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
- ✓ Introduce consistentemente los pronombres «yo» y «tú» en la descripción de los eventos.

Para White la narración es una metáfora muy importante, en ella da cuenta de relaciones de poder, para ello retoma a Foucault. Dice Gilles Deleuze (1987) que Foucault define al poder como una relación de fuerzas, o más bien toda relación de fuerzas es una relación de poder. Y toda fuerza ya es considerada como relación, es decir, poder: la fuerza no tiene otro objeto ni sujeto que la fuerza. El poder es un tema que estudia White en Foucault y lo retoma para su terapia. White sigue el trabajo de Foucault del poder, que habla sobre cómo históricamente se va “ocultando” el ejercicio del poder mientras se va legitimando, en *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002) habla de que el poder se va “haciendo más sutil” a través del uso de tecnología, o de hacer de forma indirecta, de ahí el panóptico, este dispositivo de poder. De hecho, dice Foucault (2002, pp. 117-118): “Todas las ciencias, análisis o prácticas con raíz “psico-”, tienen su lugar en esta inversión histórica de los procedimientos de individualización. El momento en que se ha pasado de mecanismos histórico rituales de formación de la individualidad a unos mecanismos científico-disciplinarios, donde lo normal ha revelado a lo ancestral, y la medida al estatuto, sustituyendo así la individualidad del hombre memorable por la del hombre calculable, ese momento en que las ciencias del hombre han llegado a ser posibles, es aquel en que se utilizaron una nueva tecnología del poder y otra anatomía política del cuerpo”.

Según Bertrando y Toffanetti (2004), White resume su terapia en 5 etapas, a saber:

1. Hacer preguntas de conjunción para conocer a las personas que están en la terapia y conocerlos como elementos separadas del problema.
2. Hacer preguntas relativas al problema y a la experiencia del cliente con respecto al problema, para así lograr mediante la conversación que el problema se vuelva una cosa separada de la persona.
3. Hacer preguntas con influencia relativa, que tienen el fin de externalizar el problema, para que las personas vivan el problema como algo separado de ellas.
4. Hacer preguntas que revelen los resultados únicos, estos es, las excepciones, los momentos en los que el problema no se presenta.
5. Construcción de historias alternativas, la idea aquí es generar narrativas alternativas no saturadas del problema, ricas en complejidad, ricas en experiencias y con una mayor capacidad descriptiva de la complejidad y unicidad de la persona. Sobre las historias alternativas dicen Jennifer Freeman, David Epston y Dean Lobovits (2001) que implican dejar de lado el problema para guardarlo en los archivos polvorientos de la memoria.

Como estamos viendo, un aspecto de capital importancia para White (Morgan, 2000) es cambiar las narrativas dominantes, que son las que tienen más poder y le son más problemáticas a las personas.

El problema con las narrativas dominantes es que White dice que son “delgadas”, o sea que son unidimensionales y no dan cuenta de la complejidad y diversidad de la experiencia. Son historias saturadas de problemas. Así, una narración delgada puede hacer que la persona se sienta mal, porque “siempre le ha ido mal”, cuando si la engrosamos, podría ver que ha habido ocasiones en las que no le ha ido mal, y que incluso ha habido ocasiones en que le ha ido muy bien a una persona. Margarita Tarragona (2006) reconoce diversas formas para engrosar las narraciones:

- a) Conversación de “re-membranza”: aquí se trabaja con la persona buscando acontecimientos excepcionales que contradigan la historia dominante. Huelga aclarar que en inglés el término “re-membering” es un juego de palabras entre recordar (remember) y volverse socio otra vez (re-member), el término, según Shona Russell y Maggie Carey (2002) fue acuñado por Barbara Myerhoff. Pero White lo integra a la Terapia Narrativa para hablar del desarrollo de la identidad de las personas a través del “club de vida” de cada persona, esto es, cada persona tiene su propio club de vida, el cual es una metáfora para explicar que cada persona cuenta con otros significativos en su vida que le ayudan a experimentar su vida de una u otra manera. Las conversaciones de “re-membranza”, permiten modificar las membresías de nuestro club, lo que se traduce en que podemos invitar o vetar a quien nosotros queramos en función de lo que nos sirve y gusta.
- b) Documentos terapéuticos: White y Epston (1992) utilizan un sinnúmero de documentos dentro de sus prácticas terapéuticas. La idea de ellos es que la persona tiene varios documentos (v. gr. un expediente clínico) el cual está lleno de información contraria a la persona, perjudicial o que la juzga y critica, por ello, White y Epston proponen unos contradocumentos, que son los documentos terapéuticos para hacer un contrapeso y servir como excepciones escritas a la historia dominante. Utilizan: certificados o diplomas, que le dan a alguien la calidad de experto (quizá en el dominio de la caca, en un caso otrora llamado de encopresis) o de persona calificada para un manejo de sí mismo; declaraciones, en las que el terapeuta puede reconocer, re-escribir la historia narrada por la persona y hacer énfasis en las posibilidades que tiene de modificar dichas narraciones; autocertificados; es un documento que se co-escribe entre terapeuta y cliente que da cuenta del avance y de las capacidades de la persona, desde una nueva narrativa llena de

opciones para la persona. Para Martin Payne (2002) el uso de documentos es para poder deconstruir las relaciones de poder. Dice que los documentos tienen un ánimo político.

c) **Rituales y celebraciones:** con la utilización de testigos externos se trabaja a partir de grupos, que pueden estar formados por dos o más personas, conocidas o no por el consultante. Pueden ser, miembros de la familia, conocidos, otros terapeutas, miembros de la comunidad, etc. El proceso consta de cuatro etapas:

- 1) **Conversación de re-autoría inicial,** El terapeuta tiene una conversación con la familia en presencia de los testigos externos.
- 2) La segunda etapa es muy parecida a la del modelo de Tom Andersen, pero sólo en la parte instrumental, pues el grupo de testigos cambia de lugar con el cliente y el terapeuta para que estos últimos puedan escuchar a los testigos hablar sobre la conversación que escucharon. Para White, los testigos ayudan a enriquecer la historia del cliente.
- 3) La tercera parte le ofrece al cliente la posibilidad de platicar sobre lo escuchado. El terapeuta preguntará sobre lo escuchado y verá qué parte le fue útil al cliente. Por supuesto en esta etapa cliente y terapeuta intercambian lugares con los testigos.
- 4) Si bien existen muchas diferencias entre el trabajo con el equipo reflexivo de Andersen y de White, esta etapa no encuentra ningún paralelismo con el del primero, aquí White propone que se reúnan terapeuta, cliente y testigos y platicuen sobre las etapas anteriores del proceso. Lo cual podrá engrosar la narrativa del cliente.

Hasta aquí hemos revisado técnicas, maneras de trabajar y formas de pensar la terapia narrativa, pero, ¿qué es lo que hace verdaderamente diferente la terapia

narrativa? Michael White (1997) dice que hay tres axiomas que limitan la práctica de las demás terapias, se pueden resumir en:

- 1) La voluntad de saber: aquí está implícita la pregunta qué somos, hay una búsqueda de lo que en realidad es el sujeto, y cuál es su papel. Como ejemplo podríamos ver el sentido de la vida de la logoterapia.
- 2) La hipótesis represiva: esto es la suposición de que tenemos una naturaleza real, el qué somos, una forma de ser “verdadera” de la cual nos alejamos por un proceso de represión de nuestro “verdadero ser”.
- 3) La narrativa de emancipación: esto dice que a través de la terapia podemos emanciparnos de esa represión para poder alcanzar nuestra verdadera naturaleza. Como ejemplo White propone la pirámide de Maslow, en la cual se describe cómo sólo las personas que han cubierto sus necesidades básicas tienen acceso a la autorrealización, que visto de otra forma es, la salud mental.

Necesitamos explicar por qué los procesos terapéuticos que siguen esta tríada pueden volverse un problema y por qué la terapia narrativa resulta una alternativa.

Al tratar de seguir este proceso, los terapeutas que suscriben estos tres axiomas, de forma involuntaria contribuyen a mantener las narrativas dominantes, contribuyen a reforzar que la gente siga inmersa en ese camino del que no pueden salir. Porque la verdadera problemática está en que esos procesos no desmienten, cuestionan, confrontan o deconstruyen los estereotipos culturales ni las fuerzas políticas ni las narrativas dominantes. Al buscar que una persona sea lo que verdaderamente debe ser, sostenemos como corolario, que no lo es. Negamos una parte de su vida y creemos que sólo una narrativa (esta persona no es lo que puede ser) es la única forma de ver, los terapeutas que también suscriben los axiomas, fomentan esa visión

estrecha, unidimensional y acotada de las narrativas con las que llegan las personas a consultarlos. La terapia narrativa no cae en esas tentaciones. A modo de una reflexión final, quiero retomar una arista de Freeman, Epston y Lobovits (2001) en la cual dicen que la terapia narrativa más que cambiar el problema, lo que hace es resolver las disonancias entre el problema y la historia del cliente. No quiere decir que las personas superen el problema y que jamás se presente otra vez, sino que se integra la problemática desde una narrativa incluyente en la vida de la persona para que ese problema no se vea como dominante y se vea simplemente como un aspecto más de la vida, que no resulta el todo ni resulte aplastante, sino una parte más, una arista que salpimentará la historia de la persona. A final de cuentas, toda narrativa interesante, muestra altas y bajas, y un intrínquilis o busilis a resolverse, he ahí el efecto de la terapia narrativa en la vida de quien la toma.

2.2.7.2.1 Terapia Narrativa y cibernética de segundo orden

Sostengo con la Terapia Narrativa una relación bastante extraña, porque aun cuando no la suscribo a cabalidad, con frecuencia retomo ideas de la misma para mi práctica clínica. Creo que hay cosas que me gustan de la terapia narrativa, especialmente la parte hermenéutica, la metáfora del texto y, particularmente, la idea de que la persona y el problema son dos cuestiones completamente diferenciadas.

En ocasiones trabajo con el enfoque narrativo, pero sólo lo hago a partir de la segunda sesión... sé que esto puede sonar muy extraño, pero la realidad es que trabajo con el modelo narrativo sólo cuando a partir de la narración del cliente y de las preguntas que yo hago durante la primera sesión, me queda claro que abordar ese proceso terapéutico desde la narrativa es lo ideal. Si tuviera que pensar en términos posmodernos, diría que es cuando ese yo compartido que se da en el ámbito de la terapia, decide que es mejor irse por el lado narrativo.

2.2.7.3 Enfoque Colaborativo

El enfoque colaborativo es el más reciente de los enfoques que podemos englobar dentro de la esfera posmoderna y de la cual se pueden rastrear los orígenes sistémicos, porque retoma la idea de sistemas humanos y sistemas lingüísticos, que crean la realidad. Este fue desarrollado por Harlene Anderson y en menor medida por Harold Goolishian.

Según Lidia Beltran (2004), el inicio del enfoque colaborativo puede rastrearse hasta Galveston Texas, cuando Harlene Anderson conoció a Harry (Harold) Goolishian y la Terapia de Impacto Múltiple. De ese primer intento fue tomando importancia el lenguaje para la terapia, y el lenguaje como generador de realidades para los pacientes. Es ahí donde Anderson (2001) equipara el sistema terapéutico con un sistema lingüístico. Y dan más importancia a lo lingüístico, retomando las ideas de la cibernética y de la teoría de los sistemas. Sin embargo, no es sino hasta posterior a la muerte de Harry Goolishian que Harlene llega a proponer su enfoque colaborativo.

De acuerdo con Harlene Anderson (1999):

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido. *Retoma lo sistémico, pero le da peso al sentido y a lo dialógico. En lugar de como lo hace el MRI, que retoma lo pragmático. en el Instituto Galveston, en donde como se ha dicho, se iniciaron estos desarrollos con los aportes del Dr. Goolishian y la Dra. Anderson, entre otros, fue bastante central la conceptualización de los sistemas humanos como lingüísticos, pasando de*

comprenderlos y explicarlos como estructurados y jerárquicos a concebirlos como sistemas que existen en el lenguaje. A partir de esto, son ellos quienes introducen nominaciones como “sistemas determinados por problemas” y “sistemas de disolución de problemas” en contraste con la idea de que determinados sistemas producen unos u otros problemas (Anderson, 1997:, p. 57). Además, retoman o parten de lo sistémico, quizá después se alejan y lo modifican, pero la prueba de que tienen ahí su génesis la encontramos en lo siguiente: “... los sistemas no crean el problema. El uso del lenguaje referido a problemas es lo que constituye a los sistemas” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 325).

2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad. *Alejándose del constructivismo y acercándose al socioconstruccionismo.*
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional. *Más apoyo al socioconstruccionismo.*
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. *La construcción social de la realidad.*
6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera. *Aquí retoma a*

curiosamente a Wittgenstein, quien está del lado del constructivismo radical, no del socioconstruccionismo, pero es clara la alusión.

Todas estas premisas filosóficas tienen sus repercusiones en el campo de la práctica de la terapia, Harlene (1999) las explica así:

Tabla 6. Cambios en la terapia y en la postura del terapeuta	
Desde	Hacia
Un sistema social definido por una estructura de roles	Un sistema basado en el contexto, y producto de la comunicación social
Un sistema compuesto por un individuo, una pareja o una familia	Un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del lenguaje
Una organización y un proceso jerárquicos dirigidos por la terapeuta	Una postura filosófica terapéutica que invita a una relación y proceso colaborativos.
Un terapeuta que sabe y que descubre y recoge información y datos	Un terapeuta que no-sabe y que está en la posición de ser informada
Una terapia centrada en el conocimiento impartido y en una búsqueda de la causalidad	Una terapia centrada en generar posibilidades y en fiarse en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes
Una terapia con personas bien delimitadas, dotadas de sí-mismos nucleares	Una terapia con personas multifacéticas, dotadas de sí-mismos relacionales contruidos en el lenguaje

<p>Una terapia como una actividad que investiga a otros sujetos</p>	<p>Un terapeuta y un cliente que participan como co-investigadores para crear lo que descubren</p>
--	--

Por último, en otro texto, dicen Anderson y Gehart (2007) que las características distintivas de la terapia colaborativa son:

Es evolución, dinámica y sin fórmula. La terapia colaborativa se basa en un proceso reflexivo en el que sus supuestos informan a su práctica y su práctica informa sus supuestos. Coherente con el discurso postmoderno, el enfoque es dinámico, invita a infinita variedad y adaptación, a tener el potencial para que se correspondan con los cambios sociales macro y micro y a encajar con el valor emergente colocado en las voces de las personas marginadas y oprimidas. También es claramente sin fórmula, ofrece a los profesionales y a sus clientes la oportunidad de adaptar la aplicación de sus supuestos a sus necesidades y circunstancias y a sus contextos institucionales y culturales.

El enfoque se desplaza desde el individuo o de la familia a las persona-s-en-relación. El enfoque está basado en un cambio ideológico que tiene aplicabilidad en contextos, situaciones y personas. Su utilidad no está determinada por el sistema social (individual o familiar), la función de la persona en el sistema, el problema o la meta. Su utilidad está determinada por el valor del terapeuta de sus hipótesis centrales y su capacidad para vivir la postura filosófica que derivan de ellos.

La aplicación se extiende más allá de la sala de terapia. El enfoque tiene utilidad en sistemas y contextos distintos de la terapia. Los terapeutas toman los supuestos de la terapia colaborativa y la postura filosófica a otros sistemas que a menudo trabajan tales como la educación (por ejemplo, enseñanza y supervisión) y organizaciones (por ejemplo, consultoría y construcción de equipo) y ampliar sus prácticas colaborativas para incluir actividades como la vida y mentor. Otros profesionales,

tales aquellos en medicina, derecho y organización comunitaria, informan que el enfoque ha demostrado su utilidad en sus prácticas.

La evaluación se vuelve parte de la práctica diaria. El practicante y el cliente evalúan su trabajo juntos el uno al otro. Lo que ellos aprenden es usado para reportar sus trabajos, apreciar y construir sobre lo que es útil y reconsiderar lo que no lo es. Esto es parte de la garantía de que la terapia y las otras prácticas colaborativas son adaptadas apropiadamente y tienen continúa utilidad para el cliente.

Se reduce el desgaste del terapeuta. Los informes de los terapeutas renuevan apreciación y respeto para sus clientes y renuevan entusiasmo y energía para su trabajo. Informan un descubrimiento de la creatividad desconocida o sin explotar. También informan que son más abiertos y que comparten su trabajo con colegas y encuentran apoyo en hacerlo. Combinadas, estas experiencias influyen en reducción de desgaste.

Clientes y terapeuta tienen un sentido de libertad y esperanza. Los clientes tienen un sentido de pertenecer a, participando en y poseer su terapia. Esto, a su vez, invita a la responsabilidad compartida para el proceso y el resultado. El resultado (si es algo tangible y factible, o si es simplemente una sensación de algo como, una sensación de libertad o esperanza) sorprendentemente se convierte en un sentimiento que yo, que nosotros, podemos continuar desde aquí.

Relaciones con colegas son mejoradas. Terapeutas informan que así como viven la postura filosófica con sus colegas, como lo hacen con sus clientes, son más capaces para apreciar, para ser curiosos acerca de, y estar abiertos a las diferencias. Apoyados por la creencia de que no hay un camino correcto para ver o hacer cualquier cosa, las relaciones incómodas y tensas se vuelven menos problemáticas, más compatibles e incluso a veces más agradables.

2.2.7.3.1 Enfoque Colaborativo y cibernética de segundo orden

Del enfoque colaborativo lo que más suscribo es la postura del terapeuta. Esa postura de no saber, de asumir que uno no tiene las respuestas y que va a conocer a otra persona. Me es muy afín. Hay una frase que por cuestiones mnémicas no puedo darle crédito a su autor, pero dice que la terapia es un encuentro entre alguien (cliente) que no sabe que no sabe qué tiene y alguien (terapeuta) que sí sabe que no sabe qué es lo que tiene el otro. Me parece que esa postura permite tener un encuentro muy respetuoso de la individualidad (creencias, miedos, deseos, etc.) de los clientes. Creo también que es particularmente difícil, pero me parece necesaria para no convertirse en agente de control social.

Otro aspecto que en mi práctica ha resultado muy fructífera es la idea de generar posibilidades a través de la conversación. Y que con ella se pueden construir otras realidades o simplemente hacer más compleja la realidad, que dicho de otra manera es enriquecerla. Creo que para poder generar posibilidades es necesario primero no saber, porque si yo ya sé por lo que pasa una persona, si yo ya sé qué tiene un paciente, no podré generar posibilidades, me limitaré a seguir los caminos que ya conocía y transitarlos una y otra vez. Pero lo que ofrece el Enfoque Colaborativo es la posibilidad de descubrir cosas nuevas en cada sesión, de sorprenderse, de descubrir (crear) nuevas realidades, y de ser más ricos, complejos e interesantes.

2.2.7.4 Modelos y cibernética de segundo orden

Comencé a trabajar como terapeuta trabajando con el enfoque cognitivo conductual. Después me especialicé en pacientes con problemas relacionados con la diabetes mellitus tipo 2. Y luego comencé a trabajar con el enfoque de Milán, lo cual me resultó muy cómodo acorde con mis valores, principios y filosofía. El día de hoy

trato de seleccionar el modelo terapéutico con el cual trabajo con un cliente dependiendo de él, o por lo menos, dependiendo de cómo escuche su queja, de que entienda qué quiere la persona. En ocasiones no es un solo modelo del que echo mano para un caso.

Esta revisión de los modelos de ninguna manera es exhaustiva, pero cómo podría serlo, si hay más de una docena de libros que hablan sobre cada uno de los modelos aquí expuestos. Lo que se hizo fue realizar una selección de lo que, para mí, resulta más importante o ilustrativo de cada uno de los modelos.

Debo decir que el alcance de los modelos no termina, al menos para mí, en la terapia, sino que se extiende a la cosmogonía de cada quien, porque las propuestas de Bateson, el constructivismo y construccionismo tienen aplicaciones en un sinnúmero de situaciones y yo las utilizo en mi quehacer como docente. Enseñar desde estas perspectivas, resulta útil, fecundo y gratificante.

Todos los modelos sistémicos tienen un hilo conductor, los modelos posmodernos tienen relación con los sistémicos, aun cuando sólo sea el punto de partida o que lo sistémico de alguna forma allanó el terreno para la aparición de lo posmoderno. Al ser modelos relativamente recientes. Algunos de los creadores de los modelos continúan escribiendo libros, y los discípulos de los creadores siguen actualizando, modificando y reescribiendo los modelos. Pero no sólo ellos, digamos que los modelos se modifican con cada aplicación, con cada seminario, clase y diálogo se van reconstruyendo. El proceso de reconstrucción no terminará, seguirá vivo mientras existan personas que apliquen los modelos.

3. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

3.1. Habilidades Clínico-Terapéuticas

3.1.1 Primer Caso Clínico: Ante todo, fe en el Proceso Terapéutico⁴

Mtra. Elizabeth Colón (Supervisora)

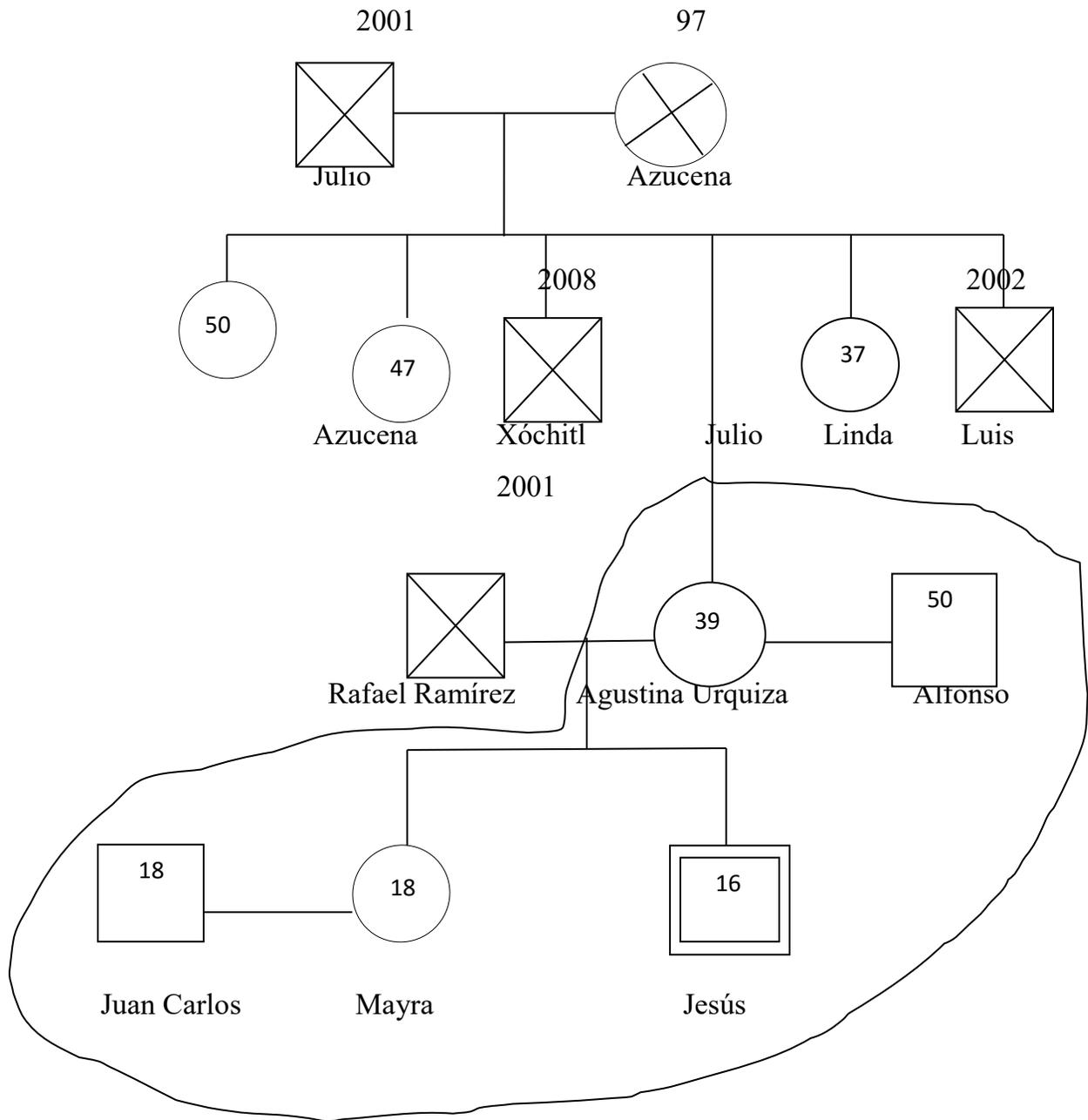
Psic. J. Homero Orozco J. (Terapeuta)

3.1.1.1 Presentación del Caso:

Se presenta Agustina preocupada porque su hijo Jesús Ramírez de 16 años consume drogas y ha dejado la escuela. Agustina es una empleada doméstica y no tiene muchos recursos económicos, además tiene otra hija de nombre Mayra, quien está embarazada. Jesús fue arrestado y Agustina tuvo que pagar más de 50,000 pesos para sacar a su hijo de la cárcel, fue acusado de vandalismo. En un inicio, Agustina no parecía comprender la gravedad de la situación, pero con el tiempo mostró que sí lo hacía. Los hombres en la familia de Jesús han fallecido por complicaciones relacionadas con el alcohol. Esa parece la tendencia de la familia y Jesús estaba en proceso de convertirse en hombre, con lo que su final parecía inevitable. Mayra, la hermana de Jesús vive en casa junto con su pareja, de quien espera un hijo. Ellos dos tienen constantes peleas con Jesús, pues entre él y Juan Carlos, la relación es de rivalidad. Existe otro integrante en la familia, Alfonso, quien es descrito por Agustina como “un teporocho”, reporta que es un hombre alcohólico que desde que se levanta hasta que se acuesta tiene una botella de alcohol en las manos y bebe de forma que se mantiene en estado de ebriedad, difícilmente se baña o tiene alguna conducta de autocuidado, a veces duerme en la casa y otras pernocta en la calle, en basureros o donde lo tome el sueño.

⁴ Los nombres de las personas fueron modificados para preservar el anonimato de los pacientes.

3.1.1.2 Familiograma:



3.1.1.3 Ficha de Identificación Familiar

Ficha de Identificación Familiar					
Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación
Jesús	P.I.	16	H	Secundaria Trunca	Ninguna
Mayra	Hermana	18	M	Secundaria Terminada	Ama de Casa
Juan Carlos	Cuñado	18	H	Preparatoria Trunca	Chofer
Agustina	Madre	39	M	Primaria Trunca	Empleada Doméstica
Alfonso	Padraastro	50	H	Primaria Trunca	Ninguna

3.1.1.4 Epítome de las sesiones

Sesión 1.

Terapeutas: Homero Orozco e Iliana Ruvalcaba Gaona

En sesión: Agustina y Mayra.

Se presenta Agustina y Mayra al Juan N. Navarro, pues Jesús, el Paciente Identificado fue internado en el programa PAIDEIA del mismo hospital psiquiátrico. Como parte del proceso es que sea la familia atendida por un Terapeuta Familiar, Elizabeth Colón, la supervisora, nos asigna el caso. Agustina nos dice, entre broma y broma, que su hijo tiene problemas de drogadicción, que ya no asiste a la secundaria y que todos los hombres de su familia han muerto por problemas relacionados con el alcohol. En esta primera sesión Agustina se muestra irreflexiva, juguetona y como si en lugar de preocupada, pareciera divertida con la situación de su hijo.

Post-Sesión: Iliana Ruvalcaba habla conmigo, no puede creer la postura afectiva de Agustina, dice tener dolor de cabeza y que el caso le ha puesto muy mal físicamente, me pide que yo lleve el caso de ese momento en adelante... así lo hice, a partir de ahí, soy el único terapeuta.

Sesión 2.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Se presentan Agustina y Mayra.

Agustina habla sobre un problema presentado entre su hija y su yerno, el cual deviene en discusión y llegan hasta los golpes. Agustina interviene y detiene la violencia. Durante esta sesión, se hace patente la falta de estructura dentro de la familia, los límites están muy confusos y no hay una clara jerarquía. Pero a diferencia de la primera sesión. Agustina muestra que sí es capaz de marcar un límite, aunque lo hizo sólo hasta que la situación se puso extremosa. Se comienza a trabajar con límites y jerarquías. Especialmente se trabaja con el rol del yerno, porque a nadie le queda claro qué papel juega dentro del sistema familiar.

Sesión 3.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina y Jesús.

Se cuenta con Jesús, prácticamente el último día de su internamiento, como el internamiento fue voluntario (hasta ese momento lo ignoraba) Jesús salió muy rápido. Se le invita al proceso terapéutico de la familia y acepta. Se habla sobre el papel de Alfonso en la familia y en la vida de Jesús. Agustina comenta que ha llevado a Alfonso al centro de Acasulco y a Alcohólicos Anónimos (lo ha anexado y 4to y 5to paso), pero él no quiere cambiar. Se recalca la intención de Jesús de salir adelante. Agustina comenta que cuando fue a dar de baja a Jesús de la secundaria, un maestro le dijo que no tenía que darlo de baja, y que si él quería, podían guardarle su lugar, además lo reta diciéndole que si “ya se había rajado”.

Sesión 4.

Terapeuta Homero Orozco

En Sesión: Agustina, Mayra y Jesús.

Se habla sobre la necesidad de seguir con la terapia aun cuando a Jesús ya se le dio de alta de PAIDEIA, se fortalecen los límites y se hace un reconocimiento de recursos de Agustina, pues ella consigue ayuda profesional para sus problemas y no se arredra ante ninguna situación. Al contrario, parece que ella se crece ante la crisis. Jesús no desea regresar a la escuela y se habla con él y con su madre sobre la necesidad de una actividad fija que le proporcione estructura. Se fortalece la figura

materna, quien no goza de buena salud, Jesús le recrimina constantemente que por su culpa su padre murió.

Sesión 5.

Terapeuta Homero Orozco

En Sesión: Agustina, Mayra y Jesús.

Se trabaja sobre a quién le corresponde la decisión de que Jesús regrese a la secundaria o no. Jesús no desea regresar a la secundaria. En la semana hubo un incidente, la madre encontró a Jesús con un amigo y el primero tenía los ojos rojos, el amigo olía a marihuana, pero Jesús no, aun así, la madre corre al amigo y habla con Jesús. Dos días después, Agustina encuentra marihuana y la tira por el escusado. Se habla sobre los límites y las consecuencias de la conducta adictiva.

Sesión 6.

Terapeuta Homero Orozco

En Sesión: Agustina y Jesús.

Una sesión muy interesante, Jesús habla de sus sentimientos, le comenta a su madre que siente que le arrebataron a su padre en el momento que más lo necesitaba, la madre lo escucha y también le dice que lo extraña. Situación que los pone muy sensibles, ambos lloran y se abrazan, ninguno sabía que el otro también extrañaba a Rafael. Se trabajan dinámicas para puedan escucharse.

Por otro lado, encuentra la policía a Jesús “grafitenado”, y le piden dinero a Agustina para no encerrarlo. Se trabaja la comunicación y los límites. Jesús comienza a trabajar como jardinero con un amigo de su difunto padre.

Sesión 7.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: No se presentan a la cita.

Sesión 8.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Agustina comenta que Jesús sigue utilizando drogas y que ya no trabaja como jardinero. En ese momento no tenía actividades. Se habla en la sesión sobre la comida y cómo Agustina se desespera porque llama y llama a Jesús a comer y éste no acude. Se habla sobre que Agustina convierte a Jesús en el “rey de la casa”, pues al no acudir a comer ella le lleva la comida hasta su cuarto. Se trabaja con las jerarquías en la familia.

Sesión 9.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Se presenta Agustina y habla sobre un problema entre su yerno y Jesús, porque al primero se le perdieron 500 pesos y dijo que había sido Jesús. Agustina intercede

por Jesús y le dice a su yerno que él no estaba seguro y que no tenía por qué soportar cosas así, pero que Jesús era su hijo y que esa era su casa, así que podía irse el yerno en el momento que quisiera o dejar de acusar a su hijo de algo que no le constaba.

Agustina está convencida de que Jesús sí tomó el dinero, porque Jesús cambió de celular y además cree que roba. En el nuevo trabajo de Jesús lo suspendieron porque falta. Se sigue trabajando con la jerarquía de Agustina en la familia y sobre los límites, qué se permite en su familia y qué no.

Sesión 10.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina y Jesús.

Se presenta Jesús y es acusado por su madre de que le robó dinero a su tía, al platicar con Jesús, se muestra un tanto cínico y poco reflexivo. Se habla con él sobre su conducta y se trabaja la empatía. Él se sigue mostrando indiferente, entonces invoco la memoria de su padre, y le pregunto sobre la opinión que él tendría sobre las acciones de Jesús. La actitud de él cambia y se toca el tema del trabajo, no le gusta trabajar porque hace mucho y gana muy poco. Situación que se encamina a volver a la escuela. Jesús encuentra una secundaria donde él pretende terminarla. Se siguen trabajando los límites. Agustina está pensando en Anexar a Jesús.

Sesión 11.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Se presenta Agustina un tanto desesperada, su hijo ha abandonado la escuela y el trabajo, ella lo amenazó con regresarlo al Juan N. Navarro, pero él le dijo que “ahí está bien rélax, sólo dice un par de cosas y lo dejan salir”. Ella quiere ingresarlo a un anexo para que escarmiente. Se trabaja con el rol de ella, Jesús no quiere cambiar porque no ha tenido que enfrentar las consecuencias de lo que hace, pues Agustina funge como “parachoques” ante los problemas que provoca su hijo. Se le habla de otra forma de querer a su hijo, dejando que enfrente las consecuencias de sus acciones y dejando que él se haga cargo de sí mismo.

Sesión 12.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Se presenta Agustina quien dice que ha ingresado a su hijo a un Anexo, lo hizo engañándolo, él intentó huir, pero lo agarraron y lo ingresaron por la fuerza. Agustina siente culpa, pero está segura de que ha hecho lo correcto. Se siguen trabajando los límites y se refuerza la toma de decisiones de la madre (aunque no el anexarlo precisamente). La familia extensa también está de acuerdo en que lo anexe, pues les ha robado cosas a varios miembros de ella. Agustina se muestra ahora mucho más determinada, ve el problema de su hijo como algo que se puede solucionar, aunque en ese momento no sepa cómo.

Agustina comenta también que su hijo en varias ocasiones ha hablado de matarse, pero ella lo entiende como un chantaje, pues él habla del suicidio cuando ella le habla del trabajo, la escuela o las drogas.

Sesión 13.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Se presenta Agustina sola, reporta que ha visitado a Jesús y que lo nota mucho mejor, que está menos agresivo y que le comentó que le hicieron ver que si estaba ahí adentro es por las cosas que él había hecho. Agustina se muestra mucho más tranquila. Mucho más segura en su toma de decisiones. Ella muestra preocupación porque nota que la relación de su hija Mayra es muy similar a la que ella sostiene con su pareja actual, y eso le preocupa. Se hace un reconocimiento de recursos, Agustina habla con su hija y le da números de terapeutas para que ella vaya junto con su esposo.

Sesión 14.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Agustina se presenta y dice que Jesús ha salido, que ya está trabajando y que tiene intenciones de volver a la escuela. Agustina me dice: “usted me dijo que yo sé cómo resolver mis problemas sólo que a veces estoy tan preocupada que no me escucho”, ahora ya lo hago. Al preguntarle que cuándo dije eso ella saca una libreta y me dice el día en que yo había comentado eso. En esa libreta Agustina anota todas las frases y todas las cosas que le hacen sentido, no importando de dónde provengan. Es un recurso enorme que tiene.

Es una sesión muy larga, Agustina dice que habló con Jesús y que ella decidió correr a Alfonso de su casa, porque no cambia y ella prefiere a su hijo que a “ese vago” (sic.). El hijo se muestra muy contento con la decisión de Agustina. Ella comenta que se siente muy bien y que cree que las cosas van a mejorar y que si su hijo no quiere salir adelante, será problema de él y que cuando desee mejorar, ella lo podrá ayudar, pero hasta entonces.

Sesión 15.

Terapeuta: Homero Orozco

En Sesión: Agustina.

Es la última sesión. Agustina Reporta que su hijo sigue trabajando y en la escuela. No se fía de la nueva condición de su hijo, pero ya sabe cómo manejarlo. Se hace un reconocimiento final de recursos y de los logros que ha tenido a lo largo de las sesiones. Como última intervención le hago una comparación entre cómo la percibí la primera vez (como una mujer poco interesada y no consciente de la situación de su familia y cómo la veía ahora (como una mujer con muchísimos recursos, capaz de tomar decisiones y firme ante la adversidad). Agustina se muestra muy agradecida con las sesiones y dice que ha llegado el momento de dejar de asistir, pues sabe que no todo está resuelto con su hijo, pero que ella ya sabe cómo hacer frente a lo que venga.

3.1.1.5 Análisis teórico-metodológico del caso

El abordaje de este caso fue casi en su totalidad de manera estructural, pues se recuperó la idea de estructura familiar de Minuchin (1984):

- Límites: lo que le es permitido a cada miembro de la familia. Las reglas que determinan los papeles que cada integrante de la familia tiene, las libertades, obligaciones y posibilidades de cada uno.
- Jerarquías: el poder que tiene cada miembro de la familia con respecto a los demás. La importancia de un miembro de la familia en el sistema familiar.

Sin embargo, además de la estructura familiar, los otros elementos que podemos encontrar en las familias, según Minuchin (1984) son:

- Holones: sub-sistemas familiares que tienen una totalidad y demás características propias de un sistema. Existen diferentes tipos, el conyugal, filial, etc.
- Alianzas: la unión de dos o más miembros de la familia en la consecución de un fin.
- Coaliciones: al menos dos miembros de diferentes nivel jerárquico unidos contra un tercer miembro de la familia.

Existen diferentes tipos de límites, Minuchin (1977) los colige en *Familias y Terapia Familiar* y son:

- 1) Límites claros: donde cada miembro sabe qué le corresponde, qué se espera de él y cuáles son sus obligaciones y prerrogativas.
- 2) Límites difusos: donde nadie sabe a ciencia cierta qué le toca, ni qué puede hacer, ni cómo.
- 3) Límites rígidos: son límites que no aceptan acomodo, excepciones o arreglos dependiendo las circunstancias.

Dentro de las sesiones también se tomó en cuenta el “juego familiar” como lo entienden Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), ya que los patrones que puede seguir una familia se mantienen de una generación a la otra, en el caso de Jesús, estaba siguiendo los patrones de toda su familia, en la que los hombres mueren por problemas de alcoholismo o drogadicción.

Los aspectos trigeracionales también fueron observados, pues es una familia en la que todos los miembros hombres ya habían muerto a consecuencia del alcohol. Las pautas se mantienen y como sostuvo Boscolo en un congreso en Tampico, el hijo es leal al padre aunque no se dé cuenta de ello o aunque serle leal le implique un enorme sacrificio. El sacrificio de lealtad exigía para Jesús, la muerte, puesto que su padre murió también por el alcohol.

3.1.1.6 Cibernética de Segundo Orden.

El sólo hecho de estar en el programa de PAIDEIA, me dio la oportunidad de estar del otro lado del que había ocupado. En el 2002, mi hermano fue internado en el Juan N. Navarro en el programa de PAIDEIA por problemas con el abuso de la marihuana. La atención recibida en ese momento fue poco menos que decepcionante, y si consideramos los resultados ulteriores del proceso terapéutico, fue un fracaso total.

Así que desde esa posición, siempre supe lo importante y valioso que podía ser la atención psicoterapéutica en cualquier campo, pero en especial, en las familias que llegaban al programa de PAIDEIA. La primera sesión con la paciente fue atroz, no sólo porque ni mi coterapeuta Iliana Ruvalcaba, ni yo, pudimos entender por qué la paciente reía (llegamos a pensar que la madre no comprendía la importancia del

problema), sino porque en ese momento, fue tal el impacto en mi coterapeuta que quiso abandonar el caso para no sentirse mal.

Sin embargo, ante ese aciago panorama recordé las palabras de un maestro que había tenido, quien me dijo: “la terapia no se trata de una buena intervención, o una excelente sesión, ni de lo inteligente que sea el terapeuta, la terapia es, ante todo, un proceso, y como tal hay que tener fe en el proceso”. Esas palabras que recordé fueron de Alberto Patiño.

A la hora de la retroalimentación con Elizabeth Colón, me comentó lo mismo y hasta me dijo que más adelante vería que mis ideas sobre la mamá iban a cambiar. No sólo cambiaron, sino que se volvieron diametralmente opuestas. Al final, me despedí de una mujer con muchos recursos, muy capaz y muy competente, con un profundo amor por su familia y por sí misma. Ese fue un aprendizaje enorme para mí.

3.1.2 Segundo Caso. El alcohólico que no lo era⁵

Mtra. Elizabeth Colón (Supervisora)

Psic. J. Homero Orozco J. (Terapeuta)

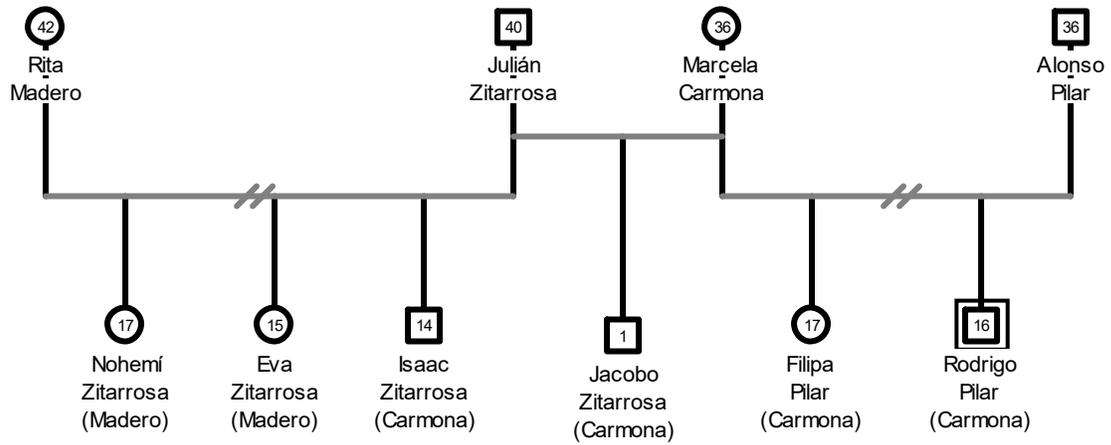
3.1.2.1 Presentación del Caso:

Se presentan Julián y Marcela a un mes del ingreso de Rodrigo al Juan N. Navarro al programa de PAIDEIA, son referidos por la psiquiatra del programa. La familia Zitarrosa Carmona es una familia reconstituida, una pareja con hijos que se divorcia y se vuelve a casar o que tiene hijos con la nueva pareja, ambas se consideran formas de entrar en una pareja reconstituida (Benokraitis, 1996). Julián es padre de tres y Marcela es madre de dos, juntos procrearon otro hijo de nombre Jacobo. Julián y Marcela se preocupan porque Rodrigo abandona la prepa por trabajar en un sitio de taxis como checador, y en algunas ocasiones lo vieron un poco tomado y con aliento alcohólico. Ambos comentan que nunca lo vieron “muy borracho”, pero que cada vez llegaba más tarde a casa. La construcción de la nueva familia es lo que va volviéndose evidente como el problema, e inclusive otros miembros de la familia parecen perfilarse como el paciente identificado.

Se trabaja con diferentes holones y con la idea de ser familia, que en el caso de Zitarrosa Carmona, no queda claro quién es quién y cuáles son los límites ni jerarquías de ese nuevo sistema.

⁵ Los nombres de las personas fueron modificados para preservar el anonimato de los pacientes.

3.1.2.2 Familiograma:



3.1.2.3 Ficha de Identificación Familiar

Ficha de Identificación Familiar					
Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación
Rodrigo	PI	16	H	Preparatoria Trunca	Sitio de taxis
Marcela	Madre	36	M	Preparatoria Terminada	Ama de casa
Filipa	Hermana	17	M	Preparatoria en curso	Estudiante
Julián	Padrastro	40	H	Secundaria Terminada	Vende Jugos
Isaac	Hermanastro	14	H	Secundaria en curso	Estudiante
Eva	Hermanastra	15	M	Secundaria trunca	Ninguna
Nohemí	Hermanastra	17	M	Preparatoria en curso	Estudiante
Jacobo	Hermano	1	H	Ninguna	Ninguna

3.1.2.4 Epítome de las sesiones

Sesión 1

Asisten: madre y padrastro.

Se presentan la madre y el padrastro un mes después de que Rodrigo, el Paciente Identificado, fuera ingresado al Juan N. Navarro, ambos se muestra preocupados, pero la sesión discurre en contar cómo se conocieron y en cómo los hijos de ella se enteraron de que salía con otra persona y de que estaba embarazada. Fue en un accidente automovilístico, en el que ella iba con sus hijos y el paramédico le dijo a ella enfrente de sus hijos, que el bebé (in utero) estaba bien, así se enteraron los hijos de su futuro hermano. La madre y el padrastro se muestran preocupados por Rodrigo, pero también admiten que nunca lo vieron borracho, sólo sabían que tomaba, pero jamás lo vieron perder el juicio, o tener un problema por el alcohol. Inclusive en su trabajo, el chico se desempeñaba muy bien. Hasta querían contratarlo por más tiempo. También cuentan que Rodrigo, cuando tenía 14, empezó a hablar a “hot-lines” y que ello resultó muy caro para la madre, pero que fue sólo una etapa y eso había sido superado. Se trata en esa ocasión de centrar a los dos en el presente y en las posibilidades que ahora tenía Rodrigo en lugar de en sus fallos pasados.

Sesión 2

Asisten: madre, hermana, padrastro, hermanastro, hermanastra y hermano menor y el PI.

En la reunión se explora cómo se sintieron todos al momento de la formación de la familia. La madre le ocultó a sus hijos la nueva relación y el hijo por venir; el

padraastro sí le contó a sus hijos, y todos se mostraron tranquilos, excepto una hija que no vivía con él, que desde antes del nuevo matrimonio vivía con la mamá (la exesposa). Todos dijeron no sentirse una familia. Se trabajaron las jerarquías, pues los padres parecían estar al mismo nivel que los hijos, y además se sentían abrumados por adquirir nuevos hijos y por el bebé que ya tenían.

Se trabajó con metáforas la formación de la familia y se les dejó de tarea que hicieran una “historieta” en la cual contaran la historia de la formación de la nueva pareja, con personajes y con la descripción de cada uno de ellos.

Sesión 3

Asisten: la madre.

Rodrigo ha salido ya del psiquiátrico y cambió de trabajo. Ahora trabaja en la construcción. Mamá comenta que ahora son sus demás hijos quienes le preocupan. Pues su hija tuvo un aborto y se ha alejado de ella. Además, todos los hijos, menos el menor del padraastro, han dejado la escuela por una u otra razón. Se habla con la madre sobre la necesidad de tomar decisiones y definir los roles y las jerarquías dentro de la familia. Se revisa la tarea y todos han cooperado para realizar una tarea extraordinaria, hicieron un comic y describieron a todos los miembros de la familia. El más significativo es Jacobo, pues queda como el Bodoque, el niño de la película “La era del Hielo”, y es él, porque es justo gracias al Bodoque, que se crea la singular manada conformada por un mamut, un perezoso y un tigre dientes de sable. La figura de él, es interesante, porque es el único miembro que todos consideran familia sin ningún reparo.

Sesión 4

Asisten: Paciente Identificado y todos los hermanos, menos la hermanastra que vive con su madre.

Se trabaja con el interrogatorio circular para revisar las alianzas y coaliciones en la familia. Todo el sistema filial está enojado con los padres, especialmente con el padrastro, pero se trabaja con ellos esa molestia y se les propone que intenten autorregularse. Y comenzar a hablar sus problemas, que no se los dicen a sus padres. Rodrigo ahora se muestra como el más centrado, habla sobre lo que le pasa, lo que siente y lo que quiere. Cambió de trabajo y ahora es un guardia del propio hospital psiquiátrico. Situación que a él le gusta mucho. Se trabaja con él el cambio de cuidado a cuidador, A la hora de indagar más con él las razones por las cuales cayó en el Juan N. Navarro como paciente comenta que en efecto, nunca tuvo problemas con el alcohol, pero que evitaba ir a su casa por cómo se sentía. Porque se sentía marginado dentro de su familia y que su opinión no importaba. Se utiliza la forma en cómo resolvió ese problema Rodrigo como un ejemplo para los demás. Se habla sobre la tarea de la historieta y todos los hijos ven en Jacobo la razón para unirse, para comenzar a considerarse hermanos en lugar de extraños conviviendo en la misma casa.

Sesión 5

Asisten: madre y padrastro.

Se revisan los avances de Rodrigo, los padres confirman que es el más cooperador y que en efecto, no ven ningún problema de alcoholismo, les hace sentido que quizá quería fugarse de la casa, razón que lo lleva a tomar, pero que el alcohol no era un problema para él. Los chicos han regresado a la escuela, faltaron por una semana,

pero al hablar los padres entre ellos, les dijeron que aquél que no asistiera a la escuela, tenía que trabajar. Se sigue observando el problema con la hermana, y se cita para la siguiente sesión a la madre, al paciente identificado y a la hermana para poder hablar con ella. La hipótesis es que hay algo en ese subsistema que no se ha resuelto.

Sesión 6

Asisten: madre, hermana y paciente identificado.

Se trabaja la comunicación con los tres. A petición de la propia jefa de PAIDEIA a Rodrigo se le movió a otro hospital, pero en un recorte masivo de empleados se le corre también a él. Regresa al sitio de taxis, pero sigue aceptando los límites de la familia y sigue mostrando mucha mejoría. Continúa sin beber alcohol. Se da un espacio para que la hija pueda hablar con su madre y así lo hacen. La hija comenta que quiere irse a vivir sola. El tiempo de la sesión no es suficiente y se convocan a la madre y a la hermana para la siguiente sesión.

Sesión 7

Asisten: madre y hermana.

Se trabaja con ellas dos, la hija le confiesa a la madre que ha estado viendo, desde hacía meses, a la familia de su padre. Contrario a lo esperado por la hija, la madre lo toma con mucha tranquilidad y pueden platicar sobre el asunto. Se les ponen ejercicios para poder hablar entre las dos, pues ambas, a su modo, comentan que no se sienten escuchadas por la otra. Al final de la sesión se les pregunta cómo están y

contestan que mucho mejor, que ya no se sienten tan separadas. La hija manifiesta que ya no desea irse a vivir a otro lado.

Sesión 8

Asisten: madre, padrastro, hermana, hermanastra y hermanito.

El padrastro cuenta que su hijo se fue a vivir con su madre, justo como su hija menor. Él se sentía triste y abandonado, pero se le cuestiona sobre si esa decisión le corresponde a un niño de 14 años, o quizá le corresponda a sus padres. Se hace un reconocimiento de recursos y se connota positivamente la actitud de la hermana y hermanastra, ambas las mayores al participar en el puesto de jugos del padrastro y por el cambio que han tenido de actitud.

Se trabaja con los padres en la toma de decisiones y de responsabilidades. Es la última sesión que se tiene con ellos, el motivo de consulta, el alcoholismo de Rodrigo ya no está presente. Se ve con los padres la posibilidad de hacer un recontrato terapéutico, pero ellos deciden que podrán resolver los problemas solos.

Se hace un reconocimiento de recursos y se cierra el proceso terapéutico.

3.1.2.5 Análisis teórico-metodológico del caso

Dice Bateson (1972) que el alcohólico es alcohólico porque hay algo malo en su forma de ser sobrio, en su sobriedad. Aquello que está mal, lo lleva a tomar, para tratar de corregir eso que está mal, toma, porque sólo tomando puede corregir su problema, sólo tomando resuelve aquello equivocado dentro de su sobriedad. Bateson (1972) sostiene que según AA, ninguno de sus miembros realmente estuvo

nunca esclavizado al alcohol, sino que el alcohol le sirvió de escape de su esclavización personal a los ideales de una sociedad materialista, se trata de un escape a sus premisas insanas. Bateson juega con la posibilidad de que el alcohólico sea más vulnerable o sensible que el normal con respecto a sus premisas insanas.

De ahí que la concepción del caso de Rodrigo fue similar, pero no sosteniendo que era alcohólico porque tenía problemas con sus premisas. Sino que el parecer alcohólico resolvía un problema para él, en este caso, la no encajaba en su “nueva familia”. También sostiene Bateson que el síntoma es un intento de la familia por preservarse. Y que puede el síntoma encubrir el verdadero problema. La hipótesis sistémica fue: el alcoholismo de Rodrigo sirve para ocultar otro problema que involucra al resto de la familia, al ser él el más sensible, se vuelve el Paciente Identificado. Con esa hipótesis de trabajo fue que se dieron las sesiones.

Según, un teórico del alcoholismo, Steinglass (1989) la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

- 1) Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo es un principio rector de la estructura de la familia.
- 2) La intromisión del alcoholismo en la familia modifica la homeostasis y provoca que la familia se regule en el corto plazo impidiendo hacer arreglos a largo plazo.
- 3). El impacto del alcoholismo sobre el funcionamiento sistémico se vislumbra con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas homeostáticas, a medida que la familia adapta su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.
- 4). A su vez, los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y

desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de la vida de ésta, que se han denominado como "deformaciones del desarrollo".

Ninguno de los cuatro principios se acoplaba a Rodrigo, ni siquiera los criterios del alcoholismo. Según Anderson, Gual y Colon (2008) el término alcoholismo fue sacado de la OMS porque no era preciso, en su lugar quedó el término síndrome de dependencia al alcohol, el cual es visto como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. Como en el caso de Rodrigo estos parámetros tampoco se cumplían, se decide tratar a Rodrigo no como un alcohólico, sino como a un integrante más de la familia. La falta de límites en la familia se hizo evidente, especialmente los roles que cada quién tenía que jugar y la concepción y construcción de la familia fueron definitivos.

3.1.2.6 Cibernética de Segundo Orden

Este caso fue todo un reto, en primera por el número de integrantes de la familia, yo jamás me había enfrentado con una familia tan numerosa en sesión. En segunda porque las familias reconstituidas presentan su propia dinámica. Y en tercera, porque las condiciones en el Hospital Juan N. Navarro no siempre fueron las mejores para atender a una familia tan numerosa.

En un primer momento, los padres se mostraron escépticos conmigo, porque ellos no querían tomar terapia, pero después me permitieron conocer a su familia. El trabajo que tuve con el holón filial fue muy bueno, el día que tuve la sesión con todos los hermanos, entendí que esa familia estaba muy lejos de considerarse como

tal, pues había engaños, secretos y demás cuestiones, cosa que según Imber Black (1998) siempre hay, pero verlo tan de cerca fue una novedad. El propiciar un ambiente de cohesión familiar y abrir espacio para las individualidades en el seno familiar, ayudó mucho a esta familia.

3.2 Habilidades de Investigación.

A continuación se presentan los trabajos de investigación realizados durante la maestría, que formaron parte de la currícula del programa de Residencia en Terapia Familiar del Posgrado en Psicología, que al buscar formar tanto las habilidades de una especialidad (profesionalizar) y las de una maestría (formar investigadores), hubo que hacer trabajo de corte investigativo y clínico.

3.2.1 Investigación cuantitativa.

TIPOS DE VIOLENCIA EN RELACIONES SIMÉTRICAS Y COMPLEMENTARIAS

Guzmán, A., Montes de Oca, M., Ruvalcaba, I. y J. Orozco

Resumen:

En las últimas encuestas nacionales sobre violencia familiar, los resultados indicaron que la violencia hacia las mujeres tiene un alto nivel de incidencia y repercusiones en su salud física y emocional, además de que los efectos se expanden hacia otros miembros de la familia. Por lo tanto, se encontró útil la elaboración de una herramienta que apoye a los y las terapeutas en la detección y elección del tipo de intervención más adecuado; ofreciendo la posibilidad de continuar desarrollando investigación sobre el tema. El objetivo del presente trabajo fue la construcción de un instrumento que permitiera identificar el tipo de violencia generada dentro de una interacción la cual puede ser complementaria o simétrica; esto con la finalidad de que una vez resuelto por la usuaria, el terapeuta tenga elementos suficientes para determinar qué tipo de terapia deberá utilizar.

Palabras clave: *pareja, interacción simétrica, interacción complementaria, violencia agresión,*

A pesar de las consecuencias en la víctima, hasta hace muy poco, no se había reconocido la violencia familiar como tal. Sin embargo, el solo hecho de nombrarlo ha traído consigo una carga de dolor que obliga a reflexionar, ya que la concepción de la familia como un espacio de tranquilidad y armonía el cual debería ser un ámbito idóneo para el crecimiento y el desarrollo personal de sus integrantes, ha

resultado ser en muchos casos una ilusión más que una realidad. Como terapeutas familiares, observamos la necesidad de contar con un instrumento que sea de utilidad en la detección y evaluación de la violencia, situación que se presenta con frecuencia en la consulta y que por lo tanto continúa siendo un tema de actualidad y un objeto de estudio que no ha agotado las posibilidades de abordaje, en nuestro caso desde el enfoque sistémico.

Escalada simétrica y complementaria

Siguiendo uno de los axiomas de la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1987), todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Los intercambios simétricos se basan en la igualdad y su estilo de comunicación se caracteriza por la tendencia de los miembros de la pareja a igualar su conducta recíproca a diferencia de la relación complementaria en la cual uno de los miembros de la pareja complementa al otro y se mantiene un máximo de diferencia, en una relación superior-inferior.

Perrone y Nannini (1997), mencionan que en las relaciones simétricas se da una violencia agresión, la cual aparece con el afán de reivindicar la pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder en la relación. Mientras que en las relaciones complementarias da como resultado la violencia castigo, donde la relación de la pareja es desigual y es el de mayor estatus o nivel quien se toma el derecho de dañar al otro, que a veces por definición está colocado, o se coloca en una clase inferior.

Violencia en la pareja

En la legislación de nuestro país se define a la violencia familiar como “el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho” (Artículo 7. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007).

Torres (2001), clasifica la violencia en cuatro tipos: Violencia física, Violencia psicológica o emocional, Violencia sexual y Violencia económica. La violencia de pareja, según Walker (en Torres, 2001), puede ser observada como un ciclo que está constituido por tres fases: Primera fase (acumulación de tensiones), Segunda fase (episodio agudo) y Tercera fase (luna de miel). Los tipos de violencia son útiles para el análisis pero no se presentan de esta forma en la vida cotidiana, como se ha mencionado, estos aparecen combinados dando lugar a una escalada de la violencia, en la pareja.

Objetivo general: La importancia de realizar este instrumento es identificar el tipo de violencia y el tipo de interacción a través de la cuál se relacionan las mujeres con sus parejas. Como hemos mencionado al inicio se trata de una problemática de salud pública, donde las cifras de mujeres violentadas en nuestro país son alarmantes, y que coinciden con la demanda de terapia en la clínica. Por lo tanto, encontramos útil elaborar un instrumento que sea una herramienta para el terapeuta y que lo apoye en la elección del tipo de intervención más adecuado para esta problemática, dependiendo si la relación es del tipo simétrica o complementaria.

MÉTODO

Objetivos: Elaborar reactivos para piloteo (explorar la claridad en la redacción de los ítems y su comprensión por parte de los sujetos a los que se les pide de los lean, se les pide que contesten y hagan comentarios al respecto).

Sujetos: 10 sujetos, con las siguientes características: 5 Hombres y 5 Mujeres de edades entre 22 y 51 años de edad.

Materiales: Para realizar este primer pilotaje se imprimieron los reactivos en seis hojas, por ambas caras, en papel bond, tinta negra, doble espacio, sin numeración. El formato de respuesta fue una escala tipo likert, con cinco puntos relacionados con la frecuencia. En total se imprimieron diez juegos de la prueba. Se utilizaron hojas blancas y lápices.

Variables: Por violencia castigo se entiende la interacción en la cual uno de los miembros de la pareja ejerce la violencia, pero el otro miembro no responde a dicha acción; se entiende violencia agresión en las situaciones donde uno de los miembros ejercía la violencia y el otro miembro de la pareja respondía con otra acción o conducta; este eje se cruzaba con otro donde se encontraban los tipos de violencia, resultando ocho variables: violencia psicológica castigo

Procedimiento: Se redactaron situaciones que se clasificaron de acuerdo con las variables dando como resultado 112 reactivos, distribuidos de la siguientes categorías: violencia psicológica castigo con 18; violencia física castigo 13, violencia económica castigo 11, violencia sexual castigo 11; violencia psicológica agresión 12, violencia física agresión 14, violencia económica agresión 18, violencia sexual agresión 15.

Claridad. Los reactivos anteriormente descriptos se aplicaron a los sujetos, a través de entrevistas y se recopilaban sus comentarios sobre el lenguaje y redacción.

JUECEO

Objetivo: Probar la correspondencia de cada uno de los reactivos con la categoría asignada, de acuerdo con la calificación de los jueces.

Sujetos: 10 profesionales expertos en el área de violencia familiar, así como de una mujer sobreviviente de violencia conyugal. El nivel educativo de los jueces era de Licenciatura en Derecho, Licenciatura en Psicología, Licenciatura en Trabajo Social, Licenciatura en Administración, Maestría en Psicología Social.

Materiales: Se imprimieron los reactivos en hojas, por ambas caras, en papel bond, tinta negra, doble espacio, sin numeración. Se deja una columna en blanco para que el juez escriba en ella, según el reactivo, el tipo de clasificación que le da y que va desde VPA (Violencia psicológica agresión), VPC (Violencia psicológica castigo), VFA (Violencia física agresión), VFC (Violencia física castigo), VSA (Violencia sexual agresión), VSC (Violencia sexual castigo), VEA (Violencia económica agresión), VEC (Violencia económica castigo). En total se imprimieron diez juegos de la prueba. Se utilizaron hojas blancas y lápices.

Procedimiento: El instrumento que se presenta a los jueces consta de 138 reactivos con reactivos en cada uno de los tipos de la clasificación mencionada en el apartado anterior. Se aplicaron cinco pruebas, de forma personal y otras cinco en formato electrónico, vía correo electrónico. En el jueceo en forma personal, se entregaba el formato con las instrucciones y el instrumento, impreso en papel, se les pedía que lo contestaran de acuerdo con las instrucciones y se recogían al momento de que cada persona lo terminaba. Las aplicaciones se llevaron a cabo en DIF Ecatepec. Las observaciones que hacían los jueces por cada reactivo, se registraban en ese momento por los integrantes del equipo. En el caso del formato electrónico que se

envió a los jueces, el primer paso era enviarles un mensaje, con el documento del instrumento como un archivo adjunto. En el mensaje se les pedía que leyeran las instrucciones, en las cuales se definían los tipos mencionados en la clasificación dada en el apartado anterior. Al final del documento adjunto se encontraba un espacio para que escribieran sus comentarios u observaciones que consideraban pertinentes. La información de cada uno de los jueces se fue capturando en una base de datos, donde se registraba por cada reactivo, la respuesta de cada juez, tal y como la respondía en forma personal o en el archivo electrónico. El criterio para aceptar un reactivo era que hubiera una coincidencia del 80% entre los jueces.

VALIDACIÓN

Objetivo: contrastar la prueba contra un criterio externo, en este caso mujeres que acudieron a dos centros de atención para mujeres maltratadas: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y Agencia del Ministerio Público Especializada en Violencia Intrafamiliar y Sexual (AMPEVIS); y mujeres que no han sido violentadas en su relación de pareja.

Sujetos: mujeres maltratadas: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y Agencia del Ministerio Público Especializada en Violencia Intrafamiliar y Sexual (AMPEVIS); y mujeres que no han sido violentadas en su relación de pareja.

Materiales: Se utiliza un instrumento que contenía 27 reactivos que corresponden a las categorías de violencia física agresión (VFA) y violencia psicológica agresión (VPA).

Procedimiento: Se entrega el instrumento a cada una de las mujeres, se les explican las instrucciones, así como el significado de cada uno de los niveles de la escala likert y están listas para contestarlo. Una vez que la mujer haya terminado de

contestar el instrumento se le retira para unirlo al resto de los instrumentos contestados y, a la mujer, se le da las gracias por su apoyo.

DISCUSIÓN

Se observa que entre los reactivos que quedaron en el instrumento final el número entre dimensiones esta balanceado, aunque sobresale el número de reactivos clasificados en la dimensión de violencia psicológica castigo.

Observamos que hay dificultades para clasificar la violencia sexual y económica pues los jueces la clasifican dentro de la psicológica o la física, mencionando que las categorías en la practica no son independientes y más bien se traslapan una sobre otra, es decir, si un cónyuge viola a su esposa, existe tanto violencia física como psicológica por lo que en su mayoría las clasificaron de esa forma dándole preponderancia a una o a otra categoría (psicológica o física) según ellos iban determinando.

Por lo que pudimos observar que los tipos de violencia no se presentan de forma independiente sino que se traslapan o bien manifiestan consecuencias en otras dimensiones, por lo que la clasificación que se propone es adecuada sólo para un análisis teórico y estadístico.

Otro ejemplo, en este mismo sentido, tiene que ver cuando se menciona en los reactivos el acto de romper un objeto, se pensaba en violencia económica, pues se trata de una propiedad de la mujer sin embargo, algunos de los jueces refería que el hecho de romper se acerca más a la violencia física y psicológica, tomado como una agresión que atenta y daña a la persona.

Otro aspecto que fue posible observar es la importancia que tiene la elección adecuada de los jueces ya que los jueces elegidos para la elaboración de este instrumento pertenecían a diferentes áreas (licenciados en derecho, psicólogos, trabajadores sociales), por lo que los resultados en la clasificación de los reactivos variaba mucho entre juez y juez, disminuyendo así los reactivos resultantes en el instrumento.

En el **Anexo A**, se presenta el instrumento final con los reactivos que permanecieron después de la prueba del jueceo.

REFERENCIAS

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (Diario Oficial, Jueves 1 de febrero de 2007). Recuperado el 01 de diciembre de 2007,de

[http://www.unifem.org.mx/cms/index.php?option=com_content&task=view
&id=9&Itemid=2](http://www.unifem.org.mx/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=2)

Hirigoyen, M. F. (2005). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.

Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica* (3ª. Reimp.). Buenos Aires: Amorrortu.

Perrone N., Nannini M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona: Paidós.

Torres M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1987) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona:Herder.

3.2.2 Investigación cualitativa

Aproximación al concepto de infidelidad:

Acotaciones desde el modelo sistémico.

Montes de Oca Cortes Misael Vicente,

Orozco Jiménez Jorge Homero.

El abordaje de la investigación, será Sistémico, la Teoría Sistémica en psicología, se nutre de tres fuentes: la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 2006), la Cibernética (Wiener, 1948) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1993). Nos apoyamos principalmente en el modelo de Milán y su conceptualización de la familia, la función del síntoma –que en nuestro caso es la infidelidad-, el juego familiar y su análisis trigeracional (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1998, 1999; Cirilo, Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza 1999).

Infidelidad

En su artículo “*Beyond the trauma of betrayal: reconsidering affairs in couples therapy*”, Michele Sheinkman (2005) quiere distanciarse de una posición como la de Pittman, o sea, una postura moral sobre la infidelidad. Para Sheinkman el centrarse en demasía en los efectos de la infidelidad nos distrae de tener un entendimiento

completo de los motivos, las fuerzas contextuales, e ideas idiosincrásicas que pueden llevar a alguien a la infidelidad en primer lugar.

Evan Imber Black, en su artículo llamado “*Couples’ relationships: questioning assumptions, beliefs and values*” (2005) se hace preguntas a partir de otros trabajos sobre infidelidad y sobre pareja. Dichas preguntas son: ¿qué rol, si es que lo hay, tiene el gobierno en las relaciones de pareja? Hace una reflexión sobre las leyes existentes en EUA como la ley anti matrimonios multirraciales; también sobre la contracepción. Y se pregunta sobre el papel del terapeuta para no ser cooptado por aquellos quienes ven el matrimonio como algo restrictivo y acotado.

Imber Black hace un resumen de las preguntas y aristas sobre las parejas y su tratamiento de manera clínica, las implicaciones éticas que conlleva y sugiere poner en entredicho nuestras propias creencias, supuestos y valores con respecto a lo que es una pareja.

La investigación de Hernández (2000) está orientada a presentar la actitud favorable o no sobre el concepto de infidelidad, especialmente la diferencia que se presenta en cuanto al género. La infidelidad es vista como una actitud del ejercicio del poder y control del género masculino sobre el género femenino. También se señalan negativamente a la persona infiel, atribuyéndole características de personalidad negativas (moral y afectivamente). En cuanto a los estilos de afrontamiento, la investigación refiere que las mujeres se inclinan más por el enfrentamiento directo de la situación y los hombres hacia la negación y la minimización del hecho. Por último se señala que la incidencia de la infidelidad femenina va en aumento y está asociada con la búsqueda de tratamiento psicoterapéutico, divorcio o disolución más que en el caso de la infidelidad masculina.

Por otra parte Estrada, Flores y Herrera (1998) centran su investigación en las consecuencias psicológicas que conlleva la infidelidad. Describen que las

consecuencias más severas son para quien ha sido afectada por la infidelidad, ya que presentan devaluación de su autoestima, inseguridad, desconfianza, depresión y señalan que inclusive en casos extremos el suicidio. Las personas que son infieles presentan principalmente sentimientos de culpa. También señalan que la infidelidad en el aspecto sexual, es una forma de evitar embarazos no deseados, atribuyendo lo anterior a una falta de compromiso en la relación. Por último se habla de la infidelidad como algo socialmente no aceptado, afecta el equilibrio familiar (la comunicación, la economía, intimidad en la pareja, etc) y señalan al matrimonio como la base fundamental de la sociedad.

En cuanto a las diferencias de género Morales (1999) señala que para el género femenino no le es permitida la infidelidad, ya que tiene que conservar una imagen de pureza que culturalmente se espera. La infidelidad es el resultado de no cubrir las características deseadas por la pareja. En el género masculino la infidelidad es alentada ya que es vista como un valor de la masculinidad, misma que se ve disminuida cuando su compañera le es infiel.

En una investigación más reciente (Romero, 2007), se plantean diferentes aproximaciones. En primer lugar se señala la perspectiva negativa que hombres y mujeres tienen hacia la infidelidad, presentándose en mujeres la postura más arraigada y extremista, sobre todo si no han vivido una experiencia de ese tipo. La “víctima” es considerada como el receptor de la infidelidad o miembro pasivo, funge como un actor a través de la insatisfacción que se presenta en la relación. El estereotipo es mantenido por las personas que nunca han estado en contacto con la situación. Una infidelidad tiene carga tanto sexual como un vínculo emocional.

En cuanto a las diferencias entre hombre y mujer, se señala que en los hombres el deseo de infidelidad se manifestará si se presenta una actitud liberal o abierta con respecto a la sexualidad, si sostienen una actitud positiva hacia la infidelidad, si se

sienten insatisfechos con su relación formal y su personalidad es impulsiva y carente de autocontrol.

En las mujeres el deseo de infidelidad depende de las conductas sexuales que se practiquen más que de las actitudes que se tengan hacia la sexualidad. El deseo de infidelidad se presentará si las prácticas sexuales son amplias, tanto en frecuencia como en diversidad, si se tiene una personalidad sexual liberal y baja satisfacción con la relación formal. Se señala que cuando las mujeres se involucran en una relación de infidelidad, ligan los sentimientos con el sexo, no los tratan como dos tipos diferentes de infidelidades. Para los hombres la infidelidad puede surgir como un mecanismo de compensación ante la disminución de la satisfacción en la relación formal.

Bolaños (2004) señala que la infidelidad masculina es tolerada por la creencia de que el hombre es más potente y con mayor necesidad sexual que la mujer. Cuando la mujer es infiel, son las mismas mujeres quienes censuran ésta conducta, ya sea segregando o auto castigándose por ser infieles.

En cuanto al funcionamiento familiar García (2007) señala que dentro de una familia de patrones negativos (límites rígidos y difusos, incapacidad para el cambio, falta de involucramiento y atención) es más probable que se presente una conducta infiel.

Justificación

- 1) La infidelidad es un tema recurrente en el consultorio.
- 2) En la bibliografía se lee que las aproximaciones terapéuticas y de investigación, parten de que la infidelidad es mala, o sea, con un juicio de valor sobre la misma. El modelo de Milán, la connotación positiva del síntoma, y la epistemología sistémica

que le subyace, brindan una buena plataforma para un análisis sin pre-concepciones sobre si la infidelidad es buena o mala *a priori*.

3) El abordaje tri-generacional de Milán, permite ver a la pareja -y esperamos a la infidelidad también- desde una óptica más amplia que la interacción entre dos personas (y un tercero) sino como un sistema más amplio que retoma, cuando menos, dos generaciones.

4) Para Milán, el síntoma tiene un papel dentro del sistema familiar, su óptica, nos permitirá ver, si es que lo hubiere, el o los papeles de la infidelidad en un sistema familiar, o en la pareja nada más.

5) Los miembros de Milán, al pretender ser puristas dentro del modelo sistémico, no tienen un modelo rígido ni de familia ni de maneras de relacionarse, por lo tanto, se puede ver, si así fuera el caso, que la infidelidad es sólo una manera más de relacionarse en una pareja y no una patología o fracaso de la misma.

6) Milán tiene, a diferencia de otras aproximaciones terapéuticas sistémicas, mucho más sustento empírico, pues el centro para el estudio de la familia II, se ha dedicado a hacer investigación cuantitativa sobre temas relacionados con la familia.

Modelo de aproximación

Como ya se mencionó, la familia se organiza y configura de acuerdo a reglas y pautas de interacción, en este sentido la infidelidad se suma a esta organización. El abordaje trigeneracional permitirá tener una visión más amplia de la configuración alrededor del “síntoma”, en éste caso, de la infidelidad y el papel que juega el tercero dentro del juego familiar (Figura 1) (Cirilo, et al., 1999). En la infidelidad se ponen en juego la relación entre cuatro dimensiones: el concepto de infidelidad, el

género (rol y jerarquía), la satisfacción sexual marital y la cercanía del tercero (Figura 2) (Romero, 2007; García 2007; Bolaños, 2004). Y en cuanto a la familia y el juego familiar, los elementos que están presentes son: los límites, las jerarquías, la significancia y las relaciones entre los integrantes del sistema familiar (Figura 3) (Macías, 1997; Selvini et. al. 1999).

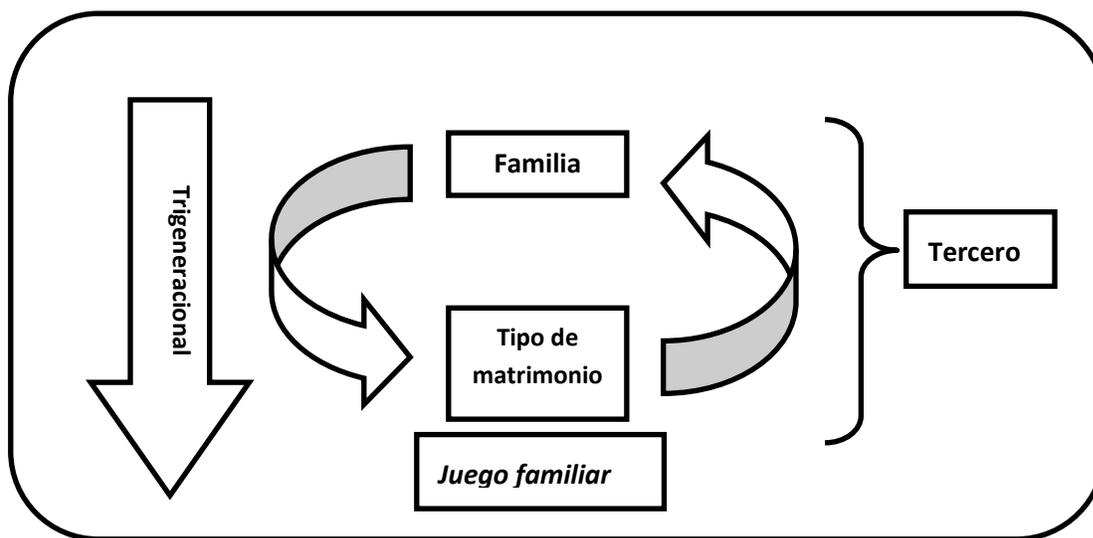


Figura 1.

Abordaje trigeneracional de la infidelidad

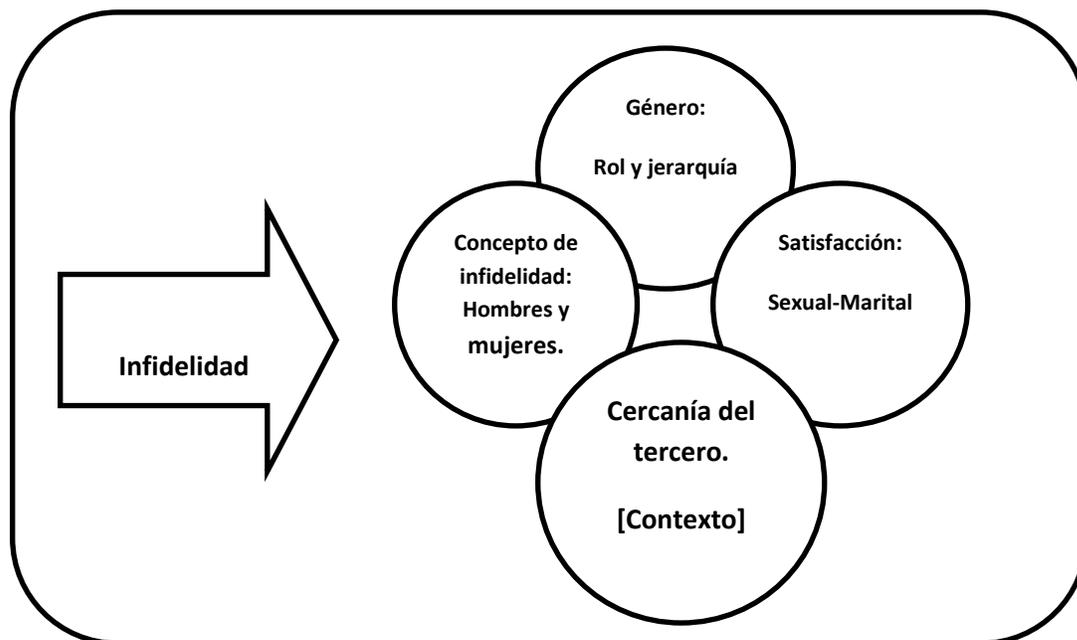


Figura 2.

La infidelidad

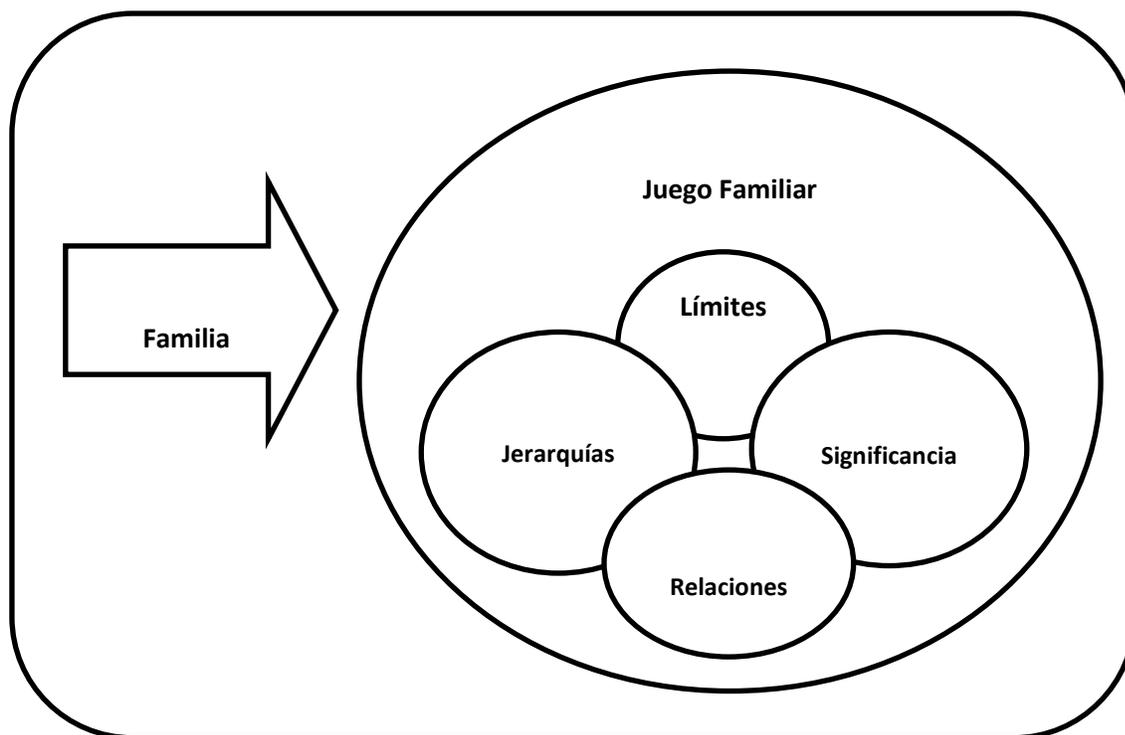


Figura 3.

El juego familiar

Método

Para fines de la investigación y por la naturaleza del objeto de estudio se realizaron métodos cualitativos.

La muestra se conforma por un caso, el cual se transcribe al final de la presente investigación (Anexo B). El caso refiere a una persona que tuvo el papel del tercero (amante) en una relación de pareja para la cual trabaja.

Técnicas

El primer momento de la investigación fue la revisión teórica, tanto del modelo terapéutico, sus antecedentes y la literatura referente al tema. Luego del análisis de

la información y a partir de esta, se construyó un modelo de aproximación a la problemática totalmente original, un *abordaje trigeneracional de la infidelidad*, se plantearon los objetivos de la investigación en tres ejes temáticos:

- Ecología de la infidelidad,
- Reconfiguración del sistema ante la infidelidad,
- Cibernética del segundo orden: la postura del terapeuta.

Las técnicas principales para la obtención de la información, utilizadas para los fines de la investigación fueron los siguientes:

- Entrevista. La cual es definida como conversación entre un entrevistador y un entrevistado. El tipo de entrevista fue semiestructurada, ya que había una guía de entrevista, pero con la libertad de introducir nuevas preguntas para precisar conceptos y obtener mayor información de los temas deseados (Sampieri, 2003).
- Diagrama dinámico estructural. Es un instrumento que, desde una perspectiva integradora, representa de modo gráfico las relaciones del grupo familiar, su organización estructural y los procesos comunicacionales y afectivos. El esquema es un mapa con categorías dinámicas, está conformado por ejes horizontal y vertical que definen los subsistemas componentes. Todos los elementos que lo componen tienen un significado, ya sea por el tamaño, la proximidad a los ejes o las características de las flechas o las líneas que denotan interrelaciones (Macías, 1997).

Resultados***Ecología de la infidelidad***

La infidelidad es considerada el resultado de una tentación. Se define dentro de una pauta generada por las circunstancias, una opción que es considerada debido a la cercanía del tercero. El principal significado que se le otorga es un abuso de confianza, debido a la naturaleza del caso (ver Anexo transcripción), la confianza está en función del trabajo que realizaba. El engaño en este sentido, es una pauta entre tres integrantes mínimo, definida como un ocultamiento de la información por dos personas y por lo tanto resulta en la exclusión de un tercero que no participa de esa información pero si en el mantenimiento de su relación con uno de ellos.

En relación con la familia de origen la infidelidad está también en relacionada con la confianza pero vinculada al género, donde la mujer infiel es lo peor que se puede llegar a ser. Al final del episodio, la fidelidad está al nivel de la lealtad, entendida como el no abandonar a la pareja ni a la amante, proporcionando siempre un buen trato hacia ambas.

Reconfiguración del sistema ante la infidelidad

Hay la referencia a una situación de crisis –peleas- entre la pareja como un escenario previo que abre la posibilidad a la infidelidad. Y en este caso, el tercero estaba enterado de la situación debido a su cercanía y relación laboral. Se da una separación, mejor definida como un alejamiento en la pareja, el tercero se entera de que en la discusión es el hombre quien deja de discutir, pero es la mujer quien se va de la casa. El tema de la discusión no se aclara, solo la intensidad de la pelea.

También se resalta una opinión sobre la discusión por parte del tercero, no fueron situaciones económicas ni presiones sociales las que detonaron el evento, sino una carencia de cercanía entre la pareja. Que fija finalmente una postura en relación a la pareja, es decir, si bien no genera una conducta que incite a un miembro de la pareja, si se tiene el conocimiento de una carencia donde alguien más puede participar.

Los acercamientos comienzan entre el tercero y un miembro de la pareja (el esposo se acerca a la trabajadora). Esta situación es definida por el tercero como inesperada y puntuada como no generada, es decir, se excluye de una responsabilidad de haber incitado al primer acercamiento.

La relación de pareja se mantiene intacta para salvaguardar la situación emocional de su hija menor. Entre la pareja no hay ningún acuerdo de solucionarlo y hacia el exterior acuerdan continuar con su relación para aparentar normalidad en reuniones y eventos sociales. Ante esta situación de aparente normalidad, sumado a los buenos tratos por parte de la pareja, el tercero decide terminar la relación, es definido como un conflicto moral –culpa- debido a la cercanía hacia la hija menor de la pareja y el vínculo con la historia de su propia familia de origen. En este sentido y en relación con su género, el tercero toma en cuenta que su madre vivió la infidelidad por parte de su padre, al igual que la esposa a quien ahora ella excluye en la relación como amante de su marido, esto se suma al conflicto moral antes mencionado.

Previo a terminar la relación con el tercero, éste refiere una mejoría en la relación de la pareja, pasando así de ser definida al inicio como frustrante por el marido, a una mejoría.

Cibernética de segundo orden: la postura del terapeuta

La idea fundamental que rige esta propuesta de investigación es normalizar las pautas que se generan en toda relación de pareja que pasa por un episodio de infidelidad. La normalización entendida como el resultado y respuesta generada por el sistema familiar y este en relación a con la historia que le precede. En este sentido creemos que los significados personales –de los terapeutas- sobre los que participan en una pauta relacional de infidelidad, pueden entorpecer el proceso terapéutico cuando estos significados se utilizan en coalición o alianza. El terapeuta requiere reconocer su postura ante los participantes: el tercero, el infiel y el afectado o excluido, así podrá utilizar estos significados y ponerlos al servicio del mismo proceso.

Esta propuesta es en cierto sentido, nuestra postura en relación a la infidelidad: una pauta generada dentro de la familia, donde se ponen en juego las creencias y conceptos heredados de la familia de origen; se genera dentro del juego familiar en el que participa un tercero, esta participación es en igual medida legitimada por la propia historia –trigeneracional- con la infidelidad, ya sea en vivencia o conceptualmente.

Si bien hay consecuencias morales, sanciones culturales en relación a la infidelidad, ideas que son formativas en la historia familiar terapeutas, estas ideas tendrían que ser identificadas por el trabajo formativo como terapeuta, de experiencia tanto personal como en el consultorio y no sumarse a la inercia de un proceso terapéutico. Apelamos a una postura ética antes que moral en el trabajo terapéutico. En este sentido lo más recomendable apelando a la ética del terapeuta, si la infidelidad o algún caso sobre infidelidad genera intervenciones, preguntas o cuestionamientos

desde su propia postura moral, tendría que referir el caso, ya que más que destrabar la pauta y generar el cambio en la familia, contribuirá a mantenerla.

Referencias

- Bolaños, P. (2004) Mujeres Mexicanas ante la infidelidad masculina. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México, México.
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999) *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Estrada, A., Flores, M., Herrera, A., (1998) Consecuencias Psicológicas de la infidelidad en parejas casadas. Tesis de Licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.
- García, M. (2007) La infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar: correlatos y predicciones. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Hernández, S. (2000) Actitud y estilos de afrontamiento ante la infidelidad en hombres y mujeres mexicanos. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México.
- Morales, P. (1999) Estudio descriptivo de las diferencias de género con respecto a la infidelidad en las relaciones de pareja, tanto en solteras como casadas. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México.

- Imber-Black, E. (2005) Couples' Relationships: Questioning Assumptions, Beliefs, And Values. *Family Process*, 44, 133-135.
- Romero, A. (2007) Infidelidad: conceptualización, correlatos y predictores. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998) *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirilo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999) "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Barcelona: Paidós.
- Scheinkman, M. (2005) Beyond the Trauma of Betrayal: Reconsidering Affairs in Couples Therapy. *Family Process*, 44, 227-244.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *Teoría de la Comunicación Humana*. New York:
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. New York: Wiley.

3.3 Aplicación de habilidades

3.3.1 Intervención Comunitaria

TALLER: ¿Viviendo o sobreviviendo? la adolescencia con tu hijo

Anahí García Mac Naught, Homero Orozco Jiménez

Resumen:

El presente taller es producto de una de las necesidades detectadas en las comunidades atendidas por los terapeutas familiares, la orientación que con frecuencia requieren los padres con hijos adolescentes para manejar los límites y la disciplina con sus hijos. Dados los retos y ajustes que tienen afrontar en esta etapa las familias, el taller parte del enfoque sistémico y familiar para abordar aspectos importantes para promover relaciones más satisfactorias entre padres e hijos adolescentes, tales como: adolescencia, límites, jerarquías, estilos de crianza, estilos de comunicación y comunicación asertiva.

Palabras clave: *adolescencia, estilos de crianza, ciclo vital de la familia, límites, comunicación asertiva*

Justificación

Según cifras del INEGI (2005), en México hay aproximadamente 14,458,612 adolescentes entre 13 y 19 años de edad. De acuerdo con diversos autores (McGoldrick y Carter, 1986; Estrada, 1991; Minuchin y Fishman, 1989) la adolescencia es una etapa en la que la familia entra en crisis. Existen cambios en las

relaciones, cambios en las jerarquías y la identificación de los hijos pasa, de ser con los padres, a ser con los pares.

En nuestra práctica privada hemos encontrado que la adolescencia es una etapa en la que muchos padres se sienten muy inseguros sobre qué límites poner y cuáles no. La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de una persona y como también es una etapa de grandes cambios, ofrecer una guía, puede ser de gran ayuda para padres y para adolescentes por igual. La crianza de los hijos representa retos para los padres y también las distintas etapas del desarrollo presentan sus peculiaridades, decidimos tomar la adolescencia por la amplia afluencia de adolescentes y padres de adolescentes que acuden a buscar ayuda terapéutica.

Objetivos

Objetivo general: Dotar a los padres de familia y a los adolescentes de herramientas para que puedan detectar y manejar problemas comunes en las familias con adolescentes.

Objetivos específicos

- Mejorar la relación entre los padres y sus hijos adolescentes.
- Que los padres puedan establecer límites claros en casa.
- Mantener o restablecer jerarquías que permitan el desarrollo del adolescente.
- Mejorar la comunicación entre los padres y sus hijos adolescentes.

Ámbitos de actuación

Escenario

El lugar donde se llevó a cabo el taller fue el Hospital Jesús Médico, ubicado en la calle de República de Ecuador en el centro histórico de la Ciudad de México.

El Hospital es un dispensario que ofrece a población de escasos recursos, desde consulta médica general hasta operaciones ya que cuenta con varios quirófanos, psicólogos y especialistas de diversas disciplinas médicas.

Población

La población a quienes fue dirigido el taller fueron padres con hijos adolescentes y adolescentes. Acudieron un total de 19 personas, de los cuales 4 fueron madres de familia con sus hijos adolescentes, 7 adolescentes solos y 4 adultos sin hijos adolescentes.

Beneficiarios indirectos

Los beneficiarios indirectos son los demás miembros de la familia de quienes tomaron el taller. Las herramientas que aprendieron en el taller podrían facilitar su relación con los demás miembros de su familia, de acuerdo al principio clásico en la terapia familiar, *cambiando un miembro de la familia, la familia cambia*.

Procedimiento

Metodología de la intervención

El taller se planeó y elaboró de febrero a abril del 2009, en distintas fases (ver cuadro 1), la primera fue la elaboración del proyecto y presentación del mismo, para recibir retroalimentación del grupo y de la docente a cargo (Mtra. Silvia Vite San Pedro). Posteriormente se elaboraron el manual de instructores y participantes, así como la carta descriptiva del taller. Una vez listo lo anterior se promovió el taller y finalmente se realizó en dos sesiones de 4 y media horas cada una, de las 10:00 a las 14:30 horas, los días 23 y 30 de Mayo del 2009, con una metodología teórico/vivencial. La primera sesión se tocaron los temas de adolescencia, familia, límites y jerarquías; la segunda sesión se trabajó la comunicación asertiva. El taller

originalmente se planteó únicamente para padres de adolescentes, pero para la primera sesión llegaron adolescentes con sus padres, razón por lo cual se modificó para adolescentes y padres de adolescentes. Se analizaron los resultados del taller y se realizó una presentación de los mismos al grupo.

Objetivo	Fechas
Elaboración del proyecto del taller a impartir.	16 de febrero al 4 de marzo del 2009.
Presentación preliminar del proyecto general.	5 de marzo del 2009.
Elaboración y planeación del taller, carta descriptiva, manual de instructores, manual de participantes.	9 de marzo al 3 de abril y del 13 al 30 de abril del 2009.
Promoción del taller.	18 al 29 de mayo del 2009.
Impartición del taller.	23 y 30 de mayo del 2009.
Presentación final de los resultados del pilotaje del taller. Ante el docente responsable y grupo.	11 de junio del 2009.

Cuadro 1. Calendarización de actividades para la impartición y evaluación del taller.

Instructores

Los instructores del taller deben ser psicólogos formados en terapia familiar para facilitar la comprensión y manejo adecuado de los temas y técnicas a tratar durante el taller. El taller está a cargo de dos instructores, quienes tendrán igual responsabilidad en la impartición del mismo, las actividades serán coordinadas de manera alternada por cada uno. En esta ocasión los encargados del taller fuimos los psicólogos Anahí García Mac Naught y Homero Orozco Jiménez.

Recursos

- Manual de participantes (20 copias).
- Manual y carta descriptiva para instructores (2)
- Un salón con espacio al menos para 30 personas.
- Sillas y mesas.
- Pintarrón y plumones.
- Lápices o plumas.
- Hojas blancas.
- Etiquetas auto adheribles.

Forma de evaluación

Se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa del taller, por medio de un cuestionario. En la evaluación cuantitativa se preguntó acerca del contenido del taller y el desempeño de los instructores, las respuestas se dieron en escala Lickert de 5 puntos que iban de Muy malo hasta muy bueno. La evaluación cualitativa en la cual se preguntó sobre lo aprendido y lo que se modificaría al taller (ver apartado de resultados).

Programa del taller

A continuación se muestra en el Cuadro 2 el programa general del taller que duró en su totalidad 9 horas divididas en dos sesiones semanales de 4.5 hrs. cada una:

Programa General del Taller	
1ª Sesión	2ª Sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación e integración del grupo • Adolescencia: Mitos y realidades. • Ciclo vital de la familia. • Reglas, límites y jerarquías en casa. • Estilos de crianza 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones para poner límites claros. • Manejo eficaz de la disciplina. • Percepción y comunicación humana. • Pendientes al interior de la familia. • Estilos de comunicación. • Comunicación asertiva. • Evaluación del taller. • Cierre del taller.
4.5 hrs.	4.5 hrs Total: 9 hrs

Cuadro 2. Programa general del Taller: ¿Viviendo o sobreviviendo? la adolescencia con tu hijo.

Temario detallado

1ª Sesión

- Presentación e integración de grupo
- Expectativas del taller.
- Presentación de los objetivos y programa general del taller.
- Reglas del grupo.
- ¿Qué es la adolescencia? ¿Cuándo termina?
- Discusión de algunos mitos y realidades de la adolescencia.
- Fuentes de conflicto entre padres e hijos adolescentes.
- Receso
- Límites y jerarquías.
- Familiograma de los participantes, señalando el tipo de límites entre subsistemas y las jerarquías.
- Ejemplos basados en las problemáticas de cada familia.
- Tips para establecer límites con sus hijos.
- Manejo eficaz de la disciplina.
- Estilos de educación.

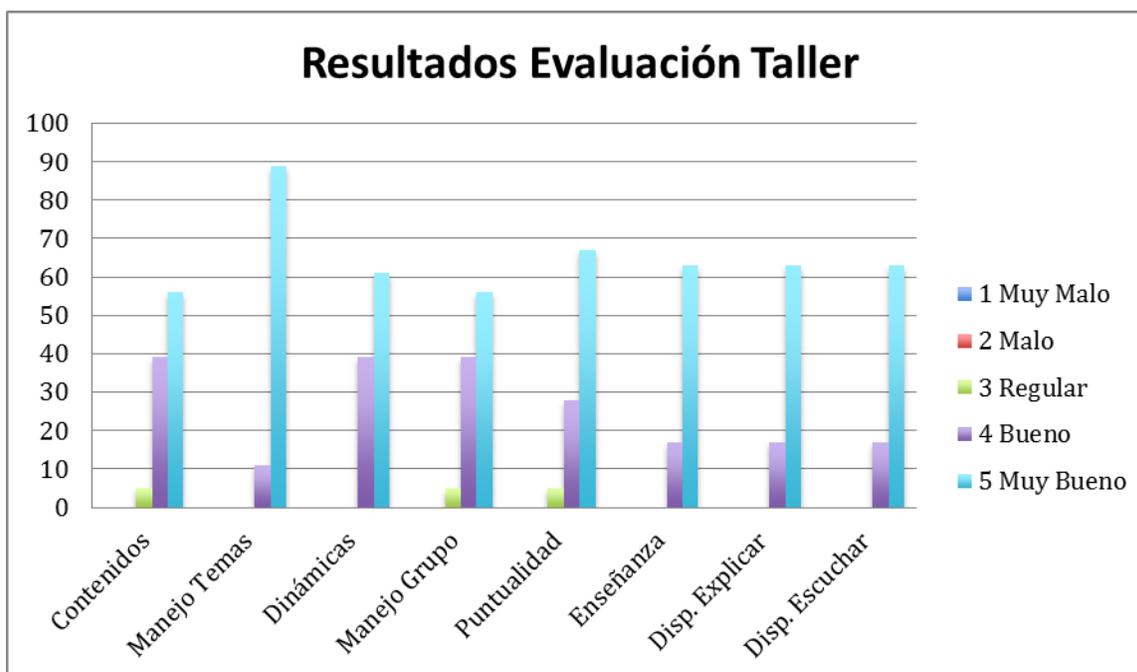
2ª Sesión

- Ronda de presentación.
- Dinámica de romper el hielo.
- Ronda de discusión: ¿hablamos solo desde nuestra percepción?
- Ejercicio vivencial: esculturas familiares en movimiento, resolviendo pendientes.
- Receso
- Estilos de comunicación: pasiva, asertiva, agresiva.
- Ronda de discusión: ¿Yo cómo me comunico?
- Ejercicio vivencial de comunicación asertiva: ejemplo de problemas escolares.
- Características de la comunicación asertiva:
 - A nivel verbal y no verbal.
 - Cómo construir una frase asertiva.
- Evaluación.
- Cierre del taller.

Resultados

Los resultados de la **evaluación cuantitativa** (acerca del contenido del taller y el desempeño de los instructores), se dieron en escala Lickert con valores de, 5

Muy bueno, 4 Bueno, 3 Regular, 2 Malo, 1 Muy malo. Los resultados se muestran en la siguiente gráfica (cuadro 3):



Cuadro 3. Evaluación del Taller: ¿Viviendo o sobreviviendo? la adolescencia con tu hijo.

Los participantes opinaron que los contenidos del taller fueron Muy buenos (56%), Buenos (39%) y Regulares (5%). El manejo de los temas fue considerado Muy bueno por el 89% y por el 11% Bueno. Las dinámicas ofrecidas durante el taller fueron calificadas por el 39% Buenas y por el 61 % Muy buenas. El manejo de grupo por parte de los talleristas fue considerado por el 56% Muy bueno, el 39% Bueno y únicamente el 5% Regular. La puntualidad estuvo aprobada por un 67% como Muy buena, 28% Buena y 5% consideró que fue Regular. La habilidad para enseñar de los talleristas se puntúo como Muy buena por el 83% y 17% Buena. El 83% de la gente opinó que los talleristas tenían una Muy buena disposición para explicar y el restante 17% la consideró Buena. Por último la disposición para

escuchar también fue evaluada positivamente por los asistentes el 83% la consideró Muy buena y 17% Buena.

En cuanto a la **evaluación cualitativa** los asistentes comentaron lo siguiente a las tres preguntas que se les hicieron:

1. Lo que más me gustó del taller fue:

- *La oportunidad que se da a los participantes de hablar y ser escuchados/ Que te saben escuchar.*
- *El carácter voluntario de la participación.*
- *La agilidad en las dinámicas/ lo hicieron más entendible y divertido/ relajaron al grupo y lo hicieron participativo/ para poder expresar lo que sentimos.*
- *Me reconfortó.*
- *Los temas.*
- *Prácticas y el descanso.*
- *Las experiencias, la retroalimentación, la emotividad de cada uno con su pendiente.*
- *Se basó en experiencias.*
- *Que hablaron de experiencias que enseñaron a mi mamá a poner límites aceptables y que pueda hacer cumplir.*
- *Manejo de la percepción y sus contenidos y sus efectos en nuestro entorno.*
- *Que aunque no nos conocíamos muy bien de alguna manera hubo comunicación y convivencia.*
- *La forma en que nos hicieron reflexionar para poder comunicarnos hacia otras personas.*

- *El platicar y debatir sobre los temas ya que es bueno el ser parte de algo y que te tomen en cuenta tus palabras.*

2. Lo que menos me gustó del taller fue:

- *Mucha charla.*
- *Hacerlo un poco más corto/ Limitación en cuanto a tiempo.*
- *Mucho tiempo de receso.*
- *Que ya no voy a estar con ustedes otra vez*
- *No hubo nada que no me desagradara/ todo me gustó.*
- *Hay que tener más dinámicas.*
- *El principio en donde nos auto-presentamos.*
- *Sentí que se perdió un poco el lineamiento en la segunda sección, pues se aplicaron a la escolaridad del nuevo grupo.*
- *Que no todos participaron.*
- *No hubo mucha confianza entre todos.*
- *Que todos lloraban y tristeaban.*

3. Sugerencias, comentarios y/o reflexiones:

- *Seguimiento o continuidad al taller.*
- *Sería bueno un programa de ejercicios que fomenten la asertividad.*
- *Los felicito porque las pocas horas que platicamos aprendí un poquito de ustedes.*
- *Que sigan así, haciendo más dinámicas y tratar de que toda la gente participe.*
- *Que sigan apoyando a las personas con casos difíciles.*
- *Las reglas en la segunda sesión.*

- *Ejemplos trabajados con adolescente-hijo.*
- *Separar problemas en secciones.*
- *Me ayudó a reflexionar y a que mi mamá reflexionara.*
- *Me gustó mucho el rompehielos del inicio.*
- *Me enseñaron cosas nuevas y me gustaría que volvieran a venir. Me gustaría que dieran pláticas con adolescentes.*
- *Felicidades, estar aquí fue divertido y bueno para todos.*
- *Reflexión: la verdad no es absoluta sino relativa en consideración a cada mundo.*

Discusión

La intervención comunitaria se pudo realizar de manera exitosa y atender a población vulnerable de escasos recursos. Existieron eventos inesperados que se enfrentaron, de ellos, el más imprevisible fue la modificación de fechas y sede debido al brote de influenza (H1N1) ocurrido en Abril del 2009 en México, mismo que la Organización Mundial de Salud (OMS) declaró emergencia de salud pública de preocupación internacional y poco tiempo después pandemia. Situación por la que el gobierno mexicano declaró una alerta sanitaria, que incluyó la interrupción de todo tipo de reuniones y la suspensión de clases entre otras medidas. Lo cual nos llevó a cambiar la sede originalmente planeada y a modificar tiempos y número de sesiones.

Por otra parte otra modificación importante, que tuvimos que realizar al programa del taller inicial, fue que recibimos la inesperada visita de adolescentes y no únicamente padres, por lo que se tuvo que reorganizar el contenido y las dinámicas para poder darles cabida y aprovecharlos en beneficio de los todos asistentes al taller.

Los alcances del taller se fueron importantes, logramos establecer un clima de mucha confianza y hubo quienes abrieron temas y compartieron experiencias muy fuertes. Creemos que se tocó temas sensibles de los asistentes y que eso pudo ayudar a que se sintieran mejor y tuvieran más herramientas para resolver sus problemas o quejas. Las dinámicas utilizadas fueron eficaces, sin embargo la primera sesión fue más cargada hacia la teoría y una segunda muy práctica, habría que balancearlas.

Dentro de los recursos, también cabe destacar el buen acoplamiento y entendimiento por parte de los instructores ante el grupo, lo cual se tradujo en un buen desempeño frente al grupo que en su gran mayoría se sintió atendido y escuchado. La utilización práctica de los casos y ejemplos que daban los asistentes, fue otro de los puntos fuertes del taller y la colaboración que hubo, nunca de imponer, sino de escuchar e integrar las diferentes voces que conformaban el grupo del taller fue otro de los aspectos destacables. Vale decir que la flexibilidad, la disponibilidad para escuchar y la coordinación entre los talleristas fueron claves para la consecución de un taller útil, significativo y satisfactorio para los participantes.

Referencias

- Aguilar, E. (1987). *Asertividad. Cómo ser tú mismo sin culpas*. México: Pax-México.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1999). *Viviendo con autoestima. Cómo fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona*. México: Pax-México.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Egan, G. (1981). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistémica de la relación interpersonal*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Estrada, L. (1991). *El ciclo vital de la familia*. D.f., México: Posada.
- Haley, J. (1978) *Problem-solving therapy*. Nueva York: Harper Colophon Books.

- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu. Cap.2
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.
- Madanes, C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McGoldrick, M. y Carter, E. (1986) *El ciclo vital de la familia*. Traducido por Francisco Aviles-Gutiérrez. Ciudad de México.
- Menéndez, I. (2006) *Adolescencia y violencia: ¿Crisis o patología?* Recuperado el 3 de mayo del 2009, de http://www.galanet.be/dossier/fichiers/adolescencia_y_violencia.pdf
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Monroy, A., (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax.
- Newman (1989) citado en Rice, P. (2000) *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Printice Hall.
- Noble, Adams y Openshaw (1989) citado en Rice, P. (2000) *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Printice Hall.
- Papalia, D., Wendos, S. y Duskin, R. (2005) *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Rice, P. (2000) *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Printice Hall.
- Satir, V. (1978). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax-México.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

3.3.2 Desarrollo de productos tecnológicos

3.3.2.1 Curso de Introducción a la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

Descripción de la actividad

Se realizó un curso introductorio y de integración para los alumnos de la décima generación del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar cuyo objetivo fue: Integración de los alumnos de primer ingreso al programa de Residencia en Terapia Familiar. Se realizaron varias actividades y se hizo un temario, a continuación dicho temario:

- Introducción a la UNAM.
 - Proyecto el “Elefante Blanco”.
 - La biblioteca Central.
 - Los Símbolos: escudo, lema, himno, goya, puma.
- Introducción a la Facultad de Psicología.
 - Mapa General de C.U.
 - Localización de la Facultad de Psicología, Centro Cultural, Biblioteca Central, UAP, alberca olímpica y centro médico.
 - Facultad de Psicología (Descripción de edificios y oficinas que la componen).

- Programa de residencia en Terapia Familiar.
 - Objetivo general del programa.
 - Perfil del egresado.
 - Materia de Tronco Común.
 - Materias de la Residencia en TF.
 - Mapa curricular.
 - Sedes de entrenamiento.
 - Responsable académico.
 - Tutores, Supervisores y docentes.
- Servicios a Estudiantes.
 - Centro de Cómputo.
 - Préstamo de libros, cañón, lap top, proyector de acetatos, T.V., vídeo reproductor, videocámara, tripie.
 - Alberca; actividades culturales.
 - Servicios Médicos.
 - Apoyos económicos. Becas y apoyos especiales a los alumnos.
 - Transporte Interno de la UNAM.
- Información Administrativa.
 - Trámites

- Formatos
- Reporte Semestral de Actividades
- Reporte Final
- Titulación

Justificación

El taller se hizo con una doble finalidad, por un lado dar algo del tiempo y la dedicación ofrecida por la octava generación del posgrado a la novena generación (la de nosotros); y por otro lado, orientar a los alumnos de la generación futura sobre aspectos que se pensaron hacía falta saber o que alguien le dijera al alumno neófito. Pero esto no sólo en el ámbito formal de la maestría sino en el ámbito personal y lúdico de la misma. Una de las innovaciones en el curso fue la presentación de una diapositiva de la que más adelante se hablará de ella, pues es el segundo producto tecnológico, en la que se pergeña una introducción a la terapia sistémica y posmoderna. El curso tuvo una buena aceptación y acercó a quienes lo hicimos un poco con los de la siguiente generación.

3.3.2.2 Presentación en Power Point llamada “Panorama General de la Terapia Sistémica y Posmoderna”.

Se realizó durante el curso de inducción a la décima generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar una presentación llamada Panorama General de la Terapia Sistémica y Posmoderna, en la cual se pergeña de manera concisa los principales exponentes de las escuelas más representativas de la terapia sistémica y la posmoderna. Hay imágenes de casi todos los principales exponentes de la terapia sistémica y posmoderna.

Justificación

La presentación es necesaria porque le da al alumno un buen panorama de lo que ha de estudiar a lo largo de los dos años posteriores al ingreso, además el poder ponerle un rostro a las personas de las cuales leemos resulta cómodo y facilita el aprendizaje. Se deja de pensar en una persona como un simple nombre para poder asignarle un rostro y de ahí una identidad.

3.4 Asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado

Como cualquier otro programa de formación universitaria, el programa de Maestría en Terapia con Residencia en Terapia Familiar, es incapaz de enseñarle a un profesional todo lo que debe saber sobre un ámbito del conocimiento. Esta situación se subsana de manera muy puntual en este programa promoviendo que los psicólogos que lo cursan acudan a foros académicos, ponencias, talleres y actualizaciones, así como promueven que los psicólogos en proceso de especialización compartan los conocimientos adquiridos en el programa.

A continuación se presentan, de manera cronológica, los foros a los que asistí durante el desarrollo formal de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, esto es Agosto de 2007 a Julio de 2009.

3.4.1 Seminario “Humillación, vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar” de Carlos Sluzki

Fecha: 27 y 28 de octubre de 2007.

Ubicación: Hotel Radisson Paraiso Perisur (Ciudad de México).

Convoca: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.

Descripción del evento: Una conferencia magistral de dos días impartida por el Doctor Carlos Sluzki quien se encargó de presentar como la humillación, la vergüenza y el perdón participan en la dinámica de las familias y cómo la utilización de dichos conceptos puede ayudar a las familias dentro del consultorio. También habló de lo mismo, pero aplicado a situaciones internacionales, poniendo ejemplos de conflictos políticos y hasta bélicos.

3.4.2 Conferencia Magistral "Sociedad de la información y del conocimiento. Hacia la refundación paradigmática del saber" por Edgar Morin.

Fecha: 6 de diciembre de 2007.

Ubicación: Centro Nacional de las Artes.

Convoca: Secretaría de Educación Pública.

Resumen del Evento: Edgar Morin es el creador de una “nueva metodología de investigación” llamada “la complejidad”, dicha postura se encuentra en perfecta consonancia con el modelo sistémico e invita a analizar un fenómeno desde diferentes posturas teóricas con la idea (como dice Bateson) de que todo está conectado. Morin hizo un análisis de los movimientos bélicos en todo el orbe y la importancia de observar esto junto con los procesos educativos, tomando como referencia a un italiano muy conocido de nombre Giovanni Sartori, el autor de “Homo Videns: la sociedad teledirigida”.

3.4.3 Taller vivencial “La novela Familiar con Psicodrama”

Fecha: 14 y 14 de diciembre de 2007.

Ubicación: Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría A.C.: Temistocles 107 PB Col. Polanco México D.F.

Convoca: Jaime Winkler y Silvia Vite.

Resumen del Evento: Se ha hecho costumbre para muchas escuelas que forman terapeutas familiares proveer o exigirles a sus alumnos que cursen un taller llamado FOT (Familia de Origen del Terapeuta). Ello porque la FEATF (Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar) pone este curso como uno de los cuatro requisitos para poder convertirse en Terapeuta Familiar. Dentro del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se toma el taller impartido por Winkler, quien es profesor asociado de la Facultad de C.U. el trabajo es personal y es sobre la relación del terapeuta con su familia de origen. Se utilizan algunas de las técnicas más socorridas por el terapeuta familiar, pero en él mismo, lo cual le da la posibilidad de obtener la 2da cibernética de un modo inmejorable. Fue un curso intensivo y profundo.

3.4.4 5° Congreso Nacional de la Asociación de Especialistas en Salud Mental del IMSS

Fecha: 3 al 6 de febrero de 2008.

Ubicación: Centro Médico Siglo XXI Unidad de Congresos.

Convoca: El Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resumen del evento: Fue un evento organizado especialmente para psiquiatras y psicólogos que se dediquen a la salud mental. En él diversos ponentes de toda Latinoamérica presentaron sus avances en investigación y dieron a conocer sus técnicas de tratamiento de los principales trastornos psiquiátricos. Hubo mucho énfasis en el trabajo sobre el suicidio, puesto que ese fue el tema no-oficial del congreso.

3.4.5 “Seminario de Historias Familiares” del Dr. Luigi Boscolo

Fecha: 25 y 26 de Abril de 2008.

Ubicación: Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas.

Convoca: La UNE (Universidad del Noreste).

Resumen del Evento: el Dr. Boscolo dio el primer día una conferencia magistral sobre el desarrollo de la terapia sistémica, particularmente sobre la historia del “Enfoque de Milán”. Después analizó varios casos y llevó a cabo varias presentaciones de casos en vivo a través de circuito cerrado utilizándonos a los asistentes como equipo terapéutica. Este congreso fue una de las experiencias más enriquecedoras para mí, pues pude observar de forma directa como uno de los más importantes pilares de la terapia sistémica trabajaba con familias reales.

3.4.6 Taller “El niño maltratado y su familia” por Stefano Cirillo

Fecha: 3 y 4 de abril de 2009.

Ubicación: Universidad Pedagógica Nacional.

Convoca: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.

Resumen del Evento: el Dr. Cirillo presentó una casuística sobre el niño maltratado, así como el alcance y las limitaciones del terapeuta en esta materia. Uno de los puntos importantes es, según Cirillo, aceptar que los padres que uno tiene son de la forma que son y así poder seguir adelante. Situación a la que él le llamó el duelo por el padre imaginario. La presentación de Cirillo, vista en retrospectiva, resultó muy útil, pues me ha servido para mi propia práctica clínica.

3.4.7 Ponencia “Terapia Familiar Sistémica: aspectos generales”. Impartió Homero Orozco.

Fecha 20 de Mayo de 2008.

Ubicación: Centro Universitario Grupo Sol Campus Cuauhtémoc.

Convoca: CUGS.

Resumen del evento: dentro de la “Primera Jornada de la Licenciatura en Psicología” se presentaron diversos ponentes para platicar sobre los temas de la psicología aplicada y sobre la experiencia de la aplicación de los conocimientos de psicología. Todo enmarcado y a pretexto del día del psicólogo. En mi caso fue muy interesante la interacción con los alumnos porque me hicieron muchas preguntas y fue una ponencia que disfruté mucho y en la que creo logré transmitir la complejidad y lo interesante de la terapia sistémica.

3.4.8 II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología

Fecha: 1 al 5 de septiembre de 2008.

Ubicación: FES Iztacala, UNAM.

Convoca: UNAM.

Resumen del Evento: se presentaron diferentes trabajos de investigación de los diversos programas de maestría y doctorado. Fue interesante ver los diversos trabajos realizados por los programas de investigación en la UNAM. Sobre todo ver los entrapes metodológicos y las concomitantes de realizar una investigación.

3.4.9 Taller “Sanando la violencia: Tratamiento psicológico del hombre violento con su pareja; asesoría, intervención grupal y educación” Dra. Christauria Welland

Fecha: 1 al 5 de septiembre de 2008.

Ubicación: Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez, UNAM

Convoca: UNAM

Resumen del evento: La Dra. Chrisatauria Welland compartió el trabajo que ha realizado con hombres violentos. Gracias a que en El Cajon, California ella pudo trabajar en un programa de 52 sesiones con hombres violentos porque esto era la alternativa a la cárcel. La Dra. Welland respondió todo tipo de preguntas sobre la implementación del taller, dado que se revisó *in extenso*. Fue un taller teórico, pues no hubo posibilidad de ver a ningún paciente, pero en algunas ocasiones se abrió el

espacio de discusión y se pudo dar retroalimentación sobre las técnicas para disminuir la violencia.

3.4.10 Taller “Tratamiento del hombre violento con la pareja” Dra. Christauria Welland.

Fecha: 9 al 11 de septiembre de 2008.

Ubicación: Unidad de Seminarios Dr. Ignacio Chávez, UNAM.

Convoca UNAM

Resumen del evento: Este taller fue inmediatamente después del taller de “Sanando la violencia”, de hecho la separación fue más en lo formal que en lo fáctico, sin embargo, pudimos ver el trabajo de Christauria con respecto a la pareja del hombre violento y no con respecto a él solo. También revisó cómo la cultura (a través de canciones famosas) brega por el mantenimiento de la violencia y qué se puede hacer al respecto. Compartió técnicas y experiencias sobre cómo se puede tratar la violencia de género.

3.4.11 Participación en las “VIII Jornadas Interuniversitarias” con la mesa: “La clínica en el ámbito *Psi* hoy”.

Fecha: 13 al 14 de julio de 2009.

Ubicación: Universidad de Londres Campus Luis Cabrera.

Convocan: La Universidad de Londres, la UAM-Xochimilco y el CUGS.

Resumen del evento: dentro de las jornadas clínicas se convocan a profesionales para dar pláticas sobre diversos temas, en esa ocasión me convocaron para participar en una mesa de debate junto con más psicólogos y psicoanalistas para discutir sobre los problemas de la clínica y sobre los retos que la sociedad mexicana pone a los profesionales de la salud que se dedican a la clínica en el ámbito psi (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas). Fue toda una experiencia porque pude compartir experiencias y participar en un debate muy rico y gratificante.

4 Consideraciones Finales

4.1 Habilidades y Competencias profesionales

Una de las fechas claves en el desarrollo del presente trabajo es el 14 de diciembre de 1995, día en el que se unificaron diversos planes de maestría y especialidad en diferentes *campi* de la Universidad Nacional Autónoma de México. El Consejo Universitario decidió imbricar los diferentes posgrados (maestrías y especialidades) para lograr un nuevo tipo de maestría... Otrora las maestrías tenían un carácter investigativo, mientras que las especialidades tenían un carácter de preparación para ejercer la profesión, el presente programa de Maestría en Psicología con sus respectivas residencias busca formar profesionales con la doble capacidad de ser investigadores en el área de su elección (lo que hacía una maestría) y especialistas capaces de ejercer su profesión con un mayor grado de especialización (lo que hacía una especialidad. A esta modalidad la UNAM decidió llamarle Maestrías Profesionalizantes. A continuación pongo la Misión del Programa de Maestría en Psicología para ejemplificar lo anteriormente dicho:

Formar psicólogos, especializados, capaces de diagnosticar, evaluar e intervenir para resolver problemas y necesidades psicológicas de individuos o grupos. Para lograrlo, los alumnos se insertan en la práctica profesional supervisada en escenarios reales, además, deben familiarizarse con la metodología de la investigación, con las teorías y técnicas de intervenciones psicológicas, y atender las recomendaciones éticas de organismos internacionales que regulan el ejercicio profesional de la psicología.

Lo siguiente del presente trabajo es dar cuenta de cuáles son esas habilidades que se lograron adquirir a lo largo de los dos años en que se dio la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

4.1.1 Habilidades Teórico Conceptuales

Salvador Minuchin y Fishman sostienen en su libro *Técnicas de Terapia Familiar* (1984) , que el mejor modo para lograr la espontaneidad en terapia es que el terapeuta conozca a la perfección la teoría, para que después la olvide y se concentre en escuchar a la familia, establecer el vínculo terapéutico y generar cambios. Creo que de eso se puede dar cuenta en el programa de maestría.

Dentro de las posturas teóricas que se dan cuenta en la maestría encontramos: en el ámbito de la terapia sistémica (con base constructivista) a la “Terapia Estructural”, la “Terapia Estratégica”, “Enfoque de Soluciones” y la “Escuela de Milán”. En lo tocante a los enfoques posmodernos (con base socioconstruccionista) tenemos: al “Equipo Reflexivo” de Tom Andersen, la “Terapia Narrativa” de David Epston y Michael White, y el “Enfoque Colaborativo” de Harlene Anderson y Harold Goolishian.

Sin embargo los modelos formales no fue lo único sobre lo que se aprendió a nivel conceptual. Parte toral de la maestría fue: la conceptualización de la violencia dentro y fuera de la terapia; el género tanto en la conceptualización de los pacientes como sinónimo de ámbito a tener en cuenta en cualquier evaluación personal o sistémica; tipologías de familias; constructivismo y socioconstruccionismo; el poder visto

desde Foucault; el movimiento antipsiquiátrico; psicopatología psiquiátrica, filosofía de la ciencia: el devenir de la terapia a través de los años y los conceptos, etc.

Revisamos conceptos dentro y fuera de la terapia, tocando áreas como la investigación, la historia, la sociología, la filosofía, todo con la idea de buscar respuestas a los problemas presentados por las familias en el consultorio y para resolver los problemas metodológicos surgidos de la investigación en terapia.

4.1.2 Habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento

La cibernética de segunda generación o la cibernética de los sistemas observantes no se da sino hasta que el terapeuta logra verse a sí mismo con un sistema que interactúa con otro sistema llamado familia. Durante la formación en la Residencia en Terapia Familiar, la segunda cibernética se logra gracias a que los residentes estamos en constante retroalimentación del supervisor, del equipo terapéutico y, por supuesto, de la familia.

En la actualidad me dedico a supervisar alumnos que empiezan a formarse como terapeutas en distintos escenarios clínicos, lo cual me lleva a ver los pininos de muchas personas en el ámbito terapéutico. En más de una ocasión, mis alumnos se sienten mal por no hacer una entrevista excelente o por no saber cómo aplicar una técnica en el momento preciso. Parte de mi trabajo es hablar con ellos para hacerles ver que el ser terapeuta no sólo es una cuestión de conocimientos teóricos, sino de la aplicación de los conocimientos en el terreno real, lo cual usualmente sólo se logra a través de la práctica. Y esto último lo tuvimos a raudales en la maestría.

Sin duda, la piedra preciosa de la maestría es la enorme cantidad de horas de supervisión con las que se cuenta. Pero obviamente no es sólo por la cantidad de horas, sino por la calidad. La supervisión de la mayoría de los profesores fue puntual, respetuosa y correcta. La supervisión permite dar cuenta de errores de los que de otra manera uno podría obviarlos por años. El doble trabajo de maestro-terapeuta por parte del supervisor fue muy bien llevado durante la maestría, lo que produjo no sólo una ayuda para los pacientes, sino una plataforma de aprendizaje para nosotros.

Otro de los puntos medulares en el aprendizaje fue, por supuesto, el del aprendizaje vicario. El sólo hecho de poder tener acceso, y en un lugar preferencial, al quehacer terapéutico de otros nueve colegas es, ya en sí mismo, impagable. Aun cuando las diferencias entre competencia, experiencia, conocimiento y demás fueron muchas, cualquiera, que quisiera claro, podía aprender técnicas, métodos, preguntas, etc. de los demás residentes. En muchas ocasiones ver los errores de los demás, los aciertos de los demás, la forma de entender los casos, la forma de hacer rapport, el cómo otro residente saludaba, recibía platicaba, trabajaba con una familia, pareja o paciente, es algo que a la postre, ha resultado sumamente enriquecedor. En esta maestría tuve la fortuna de contar con varios maestros involuntarios que me enseñaron la parte quizá más difícil de aprender de la terapia, la parte humana.

4.1.3 Habilidades de investigación y enseñanza

Durante la Residencia en Terapia familiar, las habilidades de investigación y de enseñanza se fomentan por parte de los tutores y por parte de la propia estructura del

programa. Digamos que en la cuestión de investigación, pude ahondar en la parte cualitativa, lado en el que no había tenido ni mucho interés ni mucha práctica, pero que resultó por demás edificante y complementaria para mi formación. Me parece que las clases sobre metodología de la investigación por gente tan bien preparada como quienes nos dieron esas materias, resultó en una cristalización del conocimiento y pude consolidar habilidades necesarias y suficientes para realizar investigación.

En lo tocante a la docencia hubo dos grandes rubros que requieren mención especial. Por un lado la parte de docencia hacia mis compañeros en clase, la parte preparar material, clases, dinámicas y poder aprender de cómo nueve compañeros y varios maestros daban cátedra al nivel de maestría resultó por demás enriquecedor para mi trabajo, puesto que yo me dedicaba a enseñar en la licenciatura en psicología antes de ingresar al programa de Maestría en Psicología. Sin embargo tanto esas clases como las supervisiones, las pude acoplar a lo que trabajo hoy en día. Ello ha sido reconfortante.

El otro punto que requiere una mención especial es el de la intervención comunitaria. Debo admitir que en un primer momento la materia no me pareció atractiva, pero a la hora de la aplicación y a la hora de revisar los conocimientos adquiridos, fue una materia de capital importancia. El aprender a realizar un taller de forma tan profesional y cubriendo todos los aspectos del mismo me retribuyó mucho. He podido aplicar los conocimientos a mi práctica docente y para preparar distintos cursos y talleres que he hecho de forma privada. La metodología aprendida y la forma de trabajo fue de gran ayuda.

4.1.4 Desarrollo de valores éticos y de compromiso social

Hablar de ética es siempre un asunto complejo, porque la ética tiene vericuetos, momentos, y subjetividades. Sin embargo, creo que la ética ecológica es la que debió haber imperado durante la maestría. La ética ecológica es aquella que trata de hacer las cosas para que en diferentes niveles de recursión lo que uno hace siga siendo benéfico para los demás... situación harto difícil, pero que con práctica se puede llegar a lograr. A fin de cuentas no fue la que imperó, pero sí imperó la ética, por parte de los supervisores, cada uno con su ética personal, cada uno con su forma de trabajo particular, y del cual pudimos aprender.

Durante la maestría, no todos los profesores eran expertos terapeutas sistémicos, aunque sí todos eran terapeutas, sólo en ocasiones quizá con alguna otra preferencia teórica, sin embargo, fue precisamente ahí, en donde pudimos encontrar la diversidad ética y se enriqueció el bagaje que ya de por sí cada quien traía.

Al final, me quedo con una posición ética simple, sencilla y poderosa. Una propuesta por Jay Haley y Madeleine Richeport-Haley (2006), que dicen en resumidas cuentas, un terapeuta sólo aplicará técnicas en sus pacientes cuando esté dispuesto a que dichas técnicas se apliquen en él mismo, en su pareja o en sus hijos. Una formulación simple, pero poderosa.

La parte del compromiso social es un tanto indirecto en la maestría, pero quizá así sea la participación de un terapeuta. Dado que en general, un terapeuta trabaja con una persona a la vez, el compromiso social se ve en la relación terapéutica con el individuo en cuestión. Tomando a la familia como la unidad básica de la sociedad, podemos decir que el terapeuta familiar trabaja con las piezas que habrán de engranar para convertirse en lo social y desde ahí está su contribución. Ahora que si

hacemos caso a Foucault podemos ver que cualquier intento de cambio en la micropolítica de las familias puede devenir en un cambio social.

La parte de la intervención comunitaria fue la materia en la que más se hizo hincapié en el ámbito social, aunque hubo una postura que conocí dentro del programa que merece una mención, esta fue la “Las prácticas de la terapia de redes” de Mony Elkaïm (2000), en ella se puede ver cómo el compromiso ético y el sistema terapéutico puede trascender el ámbito del consultorio. Se trabajó con esa perspectiva más de una vez durante la maestría y he trabajado con ella posterior a la residencia.

4.2 Incidencia en el Campo Psicosocial

El trabajo realizado durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar cuenta con una plataforma muy clara para incidir en las problemáticas de las familias en México. Me gustaría poner cierto orden y presentar la incidencia por áreas:

- a) Desintegración Familiar: El atender en diferentes centros comunitarios ubicados en puntos clave como El centro San Lorenzo o el Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro permitió trabajar con las principales problemáticas de las familias en México. Permitted trabajar con desintegración familiar, divorcios, abandono de por parte del padre, problemas de comunicación dentro de las familias y, por supuesto, los

problemas asociados al ciclo vital de la familia (separación, muerte, nacimiento, formación de la nueva pareja, adolescencia, etc.).

- b) **Violencia intrafamiliar:** En todos los escenarios se trató este tema, pues es una problemática recurrente en las familias, pero también lo es en las parejas y en la convivencia de los niños (ahora llamado Bullying). Contamos con varias expertas en el ámbito de la violencia, pero especial mención deben tener Nohemí Díaz Marroquín y Carolina Díaz Walls, quienes nos sensibilizaron sobre el tratamiento de la violencia.
- c) **Problemas inter-sistemas:** podemos ver otro rubro que es el de un sistema teniendo problemas con otro sistema, si tomamos, como lo hace el sistémico a una familia como si fuera un sistema, podemos ver que entra en interacción con otros sistemas, a saber, escuelas, comunidades, empresas, etc. Durante la Maestría también pudimos observar estas problemáticas, debido a que se revisaron casos de problemas con las escuelas, dentro del trabajo y otras similares.
- d) **Alcoholismo y drogadicción:** aunque en varios centros esas problemáticas pasan a otras residencias, el programa de PAIDEIA en el que tuve la oportunidad de estar, me permitió conocer estas problemáticas a fondo. Como ya se revisó *in extenso* en los casos clínicos aun cuando no se atendieron muchas familias, la incidencia que se tuvo con estas problemáticas fue amplia y los resultados muy satisfactorios.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia

Supongo que para hablar de mi paso por la maestría debería hablar sobre mi paso por la terapia sistémica. Al finalizar la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, pude conocer a un terapeuta de quien, con el paso del tiempo, he podido convertirme en su epígono, Alberto Patiño. Con él habría de pasar la mayoría de los problemas al cambiar de un paradigma lineal causal a uno sistémico circular. De ahí, surgió en mí el interés de saber más, de formarme en aquella nueva concepción del mundo.

Tomé un diplomado de Terapia Sistémica en el cual conocí aún más los modelos y las escuelas del enfoque, pero el ansia y el deseo de saber más estaban lejos de apaciguarse, situación que me llevó al siguiente paso lógico, la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. Así es como decidí entrar al programa, buscando conocer más sobre la terapia sistémica, sin embargo, lo que nunca busqué y sí obtuve, fue conocimiento sobre otras áreas, como el trabajo con la violencia, con los drogas, con los niños, hasta posturas de otro corte epistemológico.

El paso por la maestría fue más bien un periplo, pues de un grupo y una escuela especializada en terapia sistémica, el grupo de Zaragoza, me embarqué en un viaje a Ítaca en búsqueda de la “iluminación sistémica”, pensando en llegar en la meta, pero al igual que Kavafis, encontré en el viaje la experiencia, a las personas, y el conocimiento, no en la meta, no en el término de la maestría como el fin o la culminación de mi formación, sino como un escalón más, como una historia que ha de continuar como mi vida ha de continuar.

4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesional y en lo laboral

Hablaré sobre las implicaciones que mi paso por la maestría ha tenido en mí en los terrenos laboral y profesional para dejar al último la parte de mi persona. Cursar una maestría en la Universidad Nacional Autónoma de México es un orgullo y un compromiso, puesto que quienes tenemos la camiseta puesta, creemos que nuestro quehacer debe reflejar un grado muy alto de profesionalismo y compromiso ético. En lo laboral, he tenido la oportunidad de desarrollarme en casi todo lo que aprendí en la maestría.

Actualmente soy el presidente de la Academia Clínica de una universidad, así como el coordinador de la Práctica Clínica en la misma universidad. Como coordinador me encargo de supervisar y guiar la formación clínica de los alumnos de séptimo y octavo semestre de la licenciatura en psicología quienes realizan prácticas clínicas en diversos escenarios: el Hospital General de México, una casa de medio camino (atención a pacientes psiquiátricos), Ministerios de Amor A.C. y la propia clínica de la universidad. Y todo ello gracias a diversas habilidades y competencias aprendidas y adquiridas a lo largo de la maestría.

Atiendo consulta privada con muchas de las herramientas aprendidas a los supervisores y mejoré muchísimo mi trato (poco cálido) con los pacientes. Sin embargo, merece una mención especial el que gracias al modelo de Milán y las aportaciones de varios terapeutas y mi paso por el Juan N. Navarro, actualmente tengo una Comunidad Terapéutica en donde damos atención a pacientes con problemas psiquiátricos desde un enfoque sistémico, humano y cálido. No creo haber podido realizar ese proyecto si no hubiera pasado por la maestría, razón por la cual me siento muy contento y satisfecho, pues es un proyecto, que lleva dos años de vida, pero que requiere mucho trabajo, estudio y ofrece retos que ponen a prueba mis habilidades adquiridas dentro de la maestría.

En lo tocante a la persona del terapeuta debo decir que es justo ahí en donde más cambios y más enseñanzas me dejó la maestría. Así que deberé contar algunas cosas previas para que se pueda entender lo que me dispongo a contar.

Entré a la maestría con 28 años y siendo soltero, no pensaba en tener una familia en ese momento y mucho menos en tener un hijo. Sin embargo, durante la maestría conocí a una persona por quien me interesé, pero había un pequeño problema... tenía un pequeño de 3 años y eso entraba en claro conflicto con lo que entonces pensaba... Sé que fue la maestría, no sé si fue el convivir con tantas familias, no sé si fueron las innumerables pláticas sobre familias, sobre los roles, sobre el paternaje, no sé si fueron los compañeros con sus experiencias, no sé si fue el curso de integración de primero, si la sensibilización sobre la violencia o... no sé exactamente qué fue, pero sé que la maestría provocó un cambio en mí, un cambio del que nunca fui consciente, pero gracias al cual, el día de hoy tengo una familia y un hijo hermosísimo al que amo y con quien aprendo a ser padre mientras él aprende a ser dentro de este mundo y juntos todos aprendemos a ser familia. Esa parte, que es, sin lugar a dudas, la más importante de mi vida, se la debo a la maestría, no podría explicar a qué parte o a quién, pero sé que la respuesta está ahí por algún lado. La verdad es que encontrar esa respuesta tampoco me interesa mucho.

Por lo anteriormente mencionado, me queda un agradecimiento para la UNAM, para la Facultad de Psicología, para el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, a su coordinadora Silvia Vite, a todos mis maestros con especial mención a Jacqueline Fortes Besprosvany, Carolina Díaz Walls y Raymundo Macías; a mis compañeros y amigos de la maestría con especial mención de Anahí García, Misael Montes de Oca y Paulina Carrillo; a los representantes de las sedes clínicas donde participé, a los tutores, en fin, a toda la gente que hizo posible esta empresa. Muchas gracias a todos...

REFERENCIAS

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Andersen, T. (1995) "Reflecting processes: acts of informing and forming; you can borrow my eyes but you must not take them away from me!" En S. Friedman, Editor. *The Reflecting Team in Action*, Nueva York: Guilford, 11-38.

Anderson, P., Gual, A. y Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington D.C.: OPS.

Anderson, H. (1999). *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 Friedman, S. *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. y Gehart, D. (2007) *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations That Make a Difference*. Nueva York: Routledge.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Beltran, L. (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivo. En Equiluz, L. (2004) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.

Benokraitis, N. (1996). En Walters, K.; Cintrón, F. y Serrano, I. (2006) *Familia Reconstituida: El significado de Familia en Familia Reconstituida*. Vol. 14. No. 2. México: Universidad Iberoamericana.

Berger, P. y Luckman, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu: Buenos Aires.

Bertalanffy, L. (1984). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.

Bertrando, P. Y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. México: Paidós.

Beyebach, M. (2013). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En Moreno, A. (En prensa). “Modelos de Terapia familiar”. Universidad Pontificia Comillas.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.

Boscolo, L. (1998). La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En Elkaïm M. comp. (1998) *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Cade, B. Y O’Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.

Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002) *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.

Cucchiari, S. (2003). *La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género*. En Lamas M.

(comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM (pp. 181-264)

De Jong, P. y Kim Berg, I. (202) *Interviewing for solutions*. California: Brooks/Cole

De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 11-17.

De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Nueva York: W. W. Norton & Co.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York and London: W.W. Norton & Co.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Ediciones Paidós.

De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York and London: W.W. Norton & Co.

Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.

Donne, J. (2012). *Meditaciones en tiempos de crisis*. Barcelona: Editorial Ariel.

Eguiluz, L. (2001). *La Teoría Sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax.

Elkaïm, M. (2000). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.

Erickson, M. (1980). Psicoterapia Hipnótica. En Pacheco, M. (Comp.) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un contexto para el cambio*. IME.

Erickson, M., Haley, J., y Weakland, J. (1980) A transcript of a trance induction with commentary. En Rossi, E. (Eds). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Volume I. The nature of Hypnosis and suggestion*. Nueva York: Irvington.

Engels, F. (2006). *El origen de la familia la propiedad privada y el estado*. Madrid: Fundación Federico Engels.

Estrada, L. (1987). *El ciclo vital de la familia*. México: Posadas.

Feixas, G. (1990). Evaluación familiar constructivista: la vertiente epistemológica, teórica y metodológica de un modelo integrador. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 10. No. 35.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2012) El modelo sistémico en la intervención familiar. Universitat de Barcelona. Tomado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistemico_2012_2013_r.pdf.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Foerster, H. (1982). *Observing systems*. Seaside: Intersystems Publications.

Foerster, H. (2006) *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. México: Siglo Veintiuno.

- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1986). *Obras completas: Volumen 13 Tótem y Tabú y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. No. 11.
- Garrido, M. y Fernández-Santos, I. (1997) “Dimensión formal de la técnica del Equipo Reflexivo. Modelos de intervención en psicoterapia Sistémica Constructivista”. *Sistémica*, 3. (161-181).
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Glaserfeld, E. (2014). Recuperado de <http://www.vonglaserfeld.com/191> en mayo de 2014.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (1987a). *Terapia de Ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1994). *Terapia no convencional*. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1995). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. Mexico: FCE.

Hoffman, L. (1999). Comentario al artículo: el diseño de terapias constructivas en salud mental comunitaria, en: *Sistemas Familiares*, Buenos Aires, N.º 15.

INEGI (2000). *Indicadores de Hogares y Familias por Entidad Federativa*. México: Talleres Gráficos del INEGI.

Israelstam, K. (1988). *Constrasting four major family therapy paradigms: Implications for family therapy training*. *Journal of family therapy*, vol. 10, 179-196. Dept. Of Child And Family Psychiatry. Charing cross. Hosp. London.

Imber-Black, E. (1998). *The secret life of families*. Nueva York: Bantam Books.

Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Kim Berg, I. y Miller, S. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve familiar*. México: Gedisa.

Kuhn, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas: nueva introducción de Carlos Solís*. México: Fondo de Cultura Económica.

Limón, G. (1997). *Bosquejo de una perspectiva multideterminista del fenómeno psicológico*. Iztapalapa, Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana, Año 14, No. 355, Extraordinario de 1994.

Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia: terapia, narrativa y construcción social*. México: Editorial Pax-México.

Limón, G. (2012). *La terapia como diálogo hermenéutico y constructorista: prácticas de libertad y deco-construcción en los juegos relacionales, de lenguaje y de significado*. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ludewig, K. (1998). *Terapia Sistémica: Bases de teoría y práctica clínicas*. Barcelona: Herder.

Madanes, C. (1984). *Terapia Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mahoney, M. y Granvold, D. (2005) Constructivism and psychotherapy. En *World Psychiatry: official journal of the world psychiatric association*. Vol. 4(2): 74-77.

Maturana, H. (1998) Observar la observación. En Elkaïm, M. comp. (1998) *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

Maturana, H. (1998b). Seres humanos individuales y fenómenos sociales humanos. En Elkaïm, M. comp. (1998) *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

McAuliffe, G. (2011). *Handbook of counselor preparation: Constructivist, Developmental, and Experiential Approaches*. California: SAGE Publications.

MCNAMEE, S. & GERGEN K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Ed. Paidós,

España.

- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Granica.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S.; Nichols, M. y Lee, W. (2011) *Evaluación de Familias y Parejas: del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Montalvo, J.; Espinoza, M. y Pérez, A. (2013). *Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas*. En Alternativas en psicología. Año XVII Número 28. México: FES Iztacala-UNAM.
- Montesano, A. (2012) La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica”. *Revista de Psicoterapia*. Vol. 23. 89.
- Moreno, A. (1994). *Marco conceptual de la orientación y terapia familiar. Orientación y Terapia Familiar en familias afectadas por enfermedades y deficiencias*. Madrid: UPC.
- Morgan, A. (2000) What is narrative therapy?: An easy to read introduction. Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- Morin, E. (2006). *El método: la naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- MRI, 2014 Tomado de <http://www.mri.org/dondjackson/mri.htm> en abril de 2014.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques de Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W. Y Wiener-Davis (1997). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W. (2001). *Desarrollar posibilidades: Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.

ONU (2012). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Artículo 16. Organización de las Naciones Unidas. URL disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Onnis, L. (1990). *Terapia familiar y trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Paidós.

Pakman, M. Comp. (2005). *Construcciones de la experiencia humana: vol. 1*. Barcelona: Gedisa.

Paré, D. (1999). *The use of reflecting teams in clinical training*. Canadian Journal of Counselling, 33(4): pp. 293 - 306.

Parin, V. Y Baievsky, R. (1969) *Introducción a la cibernética y la computación médicas*. México: Sigo XXI.

Payne, M. (2002) *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona Paidós.

Rhodes, J. y Ajmal, Y. (1995). *Solution Focused Thinking in Schools*. London: BT Press.

Rosen, S. (1991). *Mi voz irá contigo. Los Cuentos didácticos de Milton H, Erickson*. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.

- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., (1980) “*Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session*”. *Family Process* 19: 3-12
- Selvini, M. Boscolo, L. Cecchin, G. Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja. *Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. Cirillo, S., D’Ettorre, Garbellini, M., L., Garbellini, Ghezzi, D., D., Lerma, M., Lucchini, M., Martino, C., Mazzoni, D., Mazzucchelli, F. y Nichele, M. (1986) *El mago sin magia: cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirilo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999) “*Muchachas anoréxicas y bulímicas*”. Barcelona: Paidós.
- Russell, S. y Carey, M. (2002). *Remembering: responding to commonly asked questions*. *The international journal of narrative therapy and community work*. DCP: Adelaide.
- Steinglass, P. (1989). *La Familia Alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Suárez-Iñiguez, E. (1994). *Viejos y nuevos problemas de las Ciencias Sociales*. México: UNAM.
- Tarragona, M. (2006). *Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones*. *Psicología Conductual*. Vol. 14 No. 3. Pp. 512-532.
- Tomm, K. (1987). “*Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing*”. *The Family Process*.

Vargas, P. (2004) Antecedentes de la terapia sistémica: una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax.

Watzlawick, P. (2002). El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Jackson, D., y Beavin, J. (1993) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio en la percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Wheeler, J. (1995). *Believing in miracles: the implications and possibilities of using solution-focused therapy in a child mental health setting*. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 17(5), 255-261.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1997). *Narratives of therapists' lives*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.

White, M. y Epston, D. (1992). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Wittezaele, J. y García, T (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

Zeig, J. (1990). Psicoterapia ericksoniana. En Pacheco, M. (1997). *La realidad de las realidades hipnóticas*. *Terapia psicológica*, año XV, Vol VI(4), No. 28, 47-65.

Zeig, J. y Geary, B. (2000). *The letters of Milton Erickson*. Phoenix: Zeig. Tucker & Theisen.

Zuk, G. (1982). *Psicoterapia Familiar, un enfoque triádico*. México: FCE.