



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**“Terapia familiar: la construcción de
nuevos caminos en las relaciones”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ADRIANA ELIZABETH IBARRA LOPEZ

PRESIDENTE: MTRA. MA. DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
VOCAL: MTRA. CAROLINA MARINA DIAZ-WALLS ROBLEDO
SECRETARIO: DOLORES MERCADO CORONA
SUPLENTE: SILVIA VITE SAN PEDRO
SUPLENTE: BLANCA BARCELATA EGUIARTE

MÉXICO D.F., ABRIL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A Dios

Porque eres de quien emana mi vida y mi fe, y porque has puesto caminos delante de mí por los que he decidido andar, siempre conociéndote un poco más.

A mi esposo e hijo

Porque ambos fueron parte de este proyecto. Gracias Víctor porque confiaste en mí desde el principio cuando sólo era “un primer intento”, porque te arriesgaste conmigo, me impulsaste y caminas junto a mí siempre pendiente de lo que necesito, gracias por tu amor, tu apoyo ha sido invaluable en este proyecto. Te amo.

Santi: Porque con tu llegada revolucionaste mi mundo, y aunque al principio pensé que no lo lograría, ¡pude ser mamá y estudiante a la vez!, gracias por esa tranquilidad que me transmitías todas las mañanas antes de irme, este trabajo también es parte de ti.

A mis padres

Por su invaluable apoyo en este proyecto, cuidando lo más valioso que Víctor y yo tenemos, por la tranquilidad que me invadía saber que Santi estaba en buenas manos.

Gracias papá por tu ejemplo de esfuerzo y responsabilidad que siempre me has dado, porque te arriesgas y luchas asumiendo las consecuencias, porque no te dejas caer aunque el camino sea difícil.

Mamá, ahora más que nunca valoro tu esfuerzo y apoyo, no sólo en este proyecto sino durante toda mi vida, gracias por ese corazón tan noble, porque en cada cosa que haces se nota tu amor hacia tu familia.

A mis hermanos

Porque son parte de mi vida. Gracias David porque he aprendido que no existe sólo una manera de comunicar y los mensajes que he podido recibir de ti son que cuento contigo y estarás allí cuando más lo necesite. Espero de alguna manera transmitirte que te quiero.

No puedo ignorar a mi hermana Miriam pues sería negar parte de mis vivencias y aprendizajes. Ha dejado huellas en mi pasado, las cuales han sido trascendentales en mi presente. Gracias porque tu experiencia me ha enseñado cosas que trascienden esta vida, no sé si pronto, pero nos veremos.

A quienes ahora son parte de mi familia

Karla, Lulú, Arturo, Miguel y Gaby... todos con historias de vida diferentes, con las cuales aportan a mi propia historia. Y a todos esos pequeños por quienes vale la pena pensar en un mundo mejor.

A Irma y Roberto

Por su acompañamiento en éstos años, por su ejemplo de generosidad, tal, que no he encontrado otro similar. Gracias especialmente por el apoyo en el cuidado de Santi para poder consolidar éste proyecto y por que nos han abierto su hogar haciéndonos sentir parte de su familia.

A mis “hijos adoptivos”

Katía, Karol, Diana, Luis, Carl y Tany, porque ahora son muy importantes para mí, porque han influido mi vida y espero influir las suyas.

A mis compañeros de Maestría

A cada uno por su aportación a mi formación, por compartir sus experiencias personales, profesionales y familiares. Por establecer juntos un contexto de exigencia que siempre reclamaba un esfuerzo más de mí parte.

Especialmente a Cintia, por tu apoyo invaluable en mis momentos de crisis en la consolidación de este proyecto, ha sido muy significativo para mí.

A Lety por compartir tus historias conmigo, tus experiencias, tus aprendizajes y tu esfuerzo y dedicación en todo lo que haces.

A Paula y Vero por los espacios compartidos, las noches de desvelo, las aportaciones, el esfuerzo y compromiso en los trabajos que realizamos juntas... y sobre todo por su paciencia.

A mis profesores

Por su compromiso en la formación de cada uno de nosotros, compartiendo sus experiencias, habilidades, aprendizajes... etc.

A Rosario Muñoz por el acompañamiento como tutora en estos años y por sus aportaciones a este trabajo.

A Carolina Diaz-Walls por sus aportaciones para el mejoramiento de este trabajo y sobre todo por su apoyo y comprensión en este proceso.

ÍNDICE

CAPÍTULO UNO. INTRODUCCION

| | |
|--|----|
| 1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide la Terapia Familiar | 1 |
| 1.1 Características del campo psicosocial | 2 |
| 1.2 Principales problemas que enfrentan las familias | 5 |
| 1.3 La terapia familiar y posmoderna como alternativa para abordar la problemática familia | 7 |
| 2. La Residencia en Terapia Familiar | |
| 2.1 Las sedes clínicas | 10 |
| 2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” | 10 |
| 2.1.2 Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” | 13 |
| 2.1.3 Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” | 15 |
| 2.1.4 El trabajo clínico realizado | 18 |

CAPÍTULO DOS. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

| | |
|--|----|
| 1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo | 21 |
| 1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna | 22 |
| 1.1.1 Teoría General de los Sistemas | 22 |
| 1.1.2 Teoría de la Comunicación Humana | 24 |
| 1.1.3 Cibernética | 27 |
| 1.1.4 Constructivismo | 30 |
| 1.1.5 Construccinismo Social | 31 |
| 1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Sistémica y Posmoderna | 33 |
| 1.2.1 Modelo Estructural | 33 |
| 1.2.2 Modelo Estratégico | 40 |
| 1.2.3 Modelo de Terapia Breve Orientado a los Problemas | 47 |
| 1.2.4 Modelo de Terapia Breve Orientado a las Soluciones | 54 |
| 1.2.5 Modelo de Milán | 61 |
| 1.2.6 La Terapia Familiar Posmoderna | 77 |
| 1.2.6.1 El Enfoque Narrativo | 78 |
| 1.2.6.2 El Equipo Reflexivo | 84 |
| 1.2.6.3 El Enfoque Colaborativo | 89 |

CAPÍTULO TRES. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

| | |
|---|-----|
| 1. Habilidades Clínicas y Terapéuticas | |
| 1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico con familias | 96 |
| 1.1.1 Sra. Aurora Martínez | 96 |
| 1.1.2 Pareja | 105 |
| 2. Habilidades de Investigación | |
| 2.1 Reportes de investigación con metodología cuantitativa | 114 |
| 2.1.1 Funcionamiento Familiar y asertividad en las relaciones de pareja | 114 |
| 2.1.2 Escala de asertividad en las relaciones de pareja | 129 |
| 2.2 Reporte de investigación con metodología cualitativa | 138 |
| 3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento | |
| 3.1 Productos tecnológicos | 149 |
| 3.1.1 Conferencia para padres | 149 |
| 3.1.2 Taller para padres e hijos | 150 |
| 3.2 Programa de Intervención Comunitaria | 153 |
| 3.2.1 Taller: ¿Qué onda con las drogas? | 153 |
| 3.3 Reporte de presentación en un foro académico | 156 |
| 4. Habilidades de compromiso y ética profesional | 157 |

CAPÍTULO CUATRO. CONSIDERACIONES FINALES

| | |
|---|------------|
| 1. Habilidades y competencias profesionales desarrolladas | |
| 1.1 Habilidades teórico-conceptuales | 160 |
| 1.2 Habilidades clínicas: detección, evaluación y tratamiento | 161 |
| 1.3 Habilidades de investigación y enseñanza | 161 |
| 1.4 Habilidades de prevención | 162 |
| 1.5 Ética y compromiso social | 163 |
| 2. Incidencia en el campo psicosocial | 163 |
| 3. La experiencia personal | 164 |
| 4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo | 165 |
| REFERENCIAS | 166 |
| ANEXOS | 173 |

CAPÍTULO UNO

INTRODUCCION

Desde el principio de los tiempos, las personas se entregaron a una importante tarea que se ha prolongado hasta nuestros días: conocer el medio que nos rodea. Pero el interés de conocer, no solo se limitó al mundo material, sino que surgió en el ser humano el interés de conocerse y estudiarse a sí mismo y a otros similares a él, lo cual también se convirtió en una importante labor. Este quehacer fue asumido en un principio por la filosofía y la medicina. Con el paso del tiempo surgió la Psicología, la cual desde diferentes aproximaciones ha contribuido al conocimiento del ser humano.

El desarrollo de la Psicología ha sido muy diverso, así, podemos encontrar en los inicios de esta disciplina, explicaciones y métodos diferentes. Durante muchos años se estudió a los individuos tratando de comprender los procesos internos, sin embargo hace algunas décadas comenzaron a gestarse cambios en torno a éstas concepciones y prácticas. En los años cincuenta diversos autores al estudiar los comportamientos sintomáticos quitaron la atención de los procesos internos de los individuos para dirigir su mirada a las relaciones familiares (Hoffman, 1987).

En este proceso se engarzan miradas de diferentes autores provenientes disciplinas muy diversas dando lugar al desarrollo de la Teoría Sistémica, la cual encuentra su aplicación en la Terapia Familiar.

Si bien, estos autores dirigieron su mirada a las relaciones familiares, desde tiempo atrás la familia fue considerada como una de las instituciones más importantes de la sociedad, y actualmente se observa un creciente interés en el estudio de ésta desde diferentes disciplinas.

1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR

La familia es un grupo social que se distingue de los demás debido a varias características: hay una mayor intensidad afectiva, debido a que se es miembro de por vida y se crea una historia en conjunto, las relaciones establecidas tienen un periodo mucho mayor y es considerada una institución social.

Son muchos y muy diversos los temas que atañen al grupo familiar, entre los que podemos encontrar las relaciones parentales, las relaciones de pareja, la violencia familiar, la relación entre la cultura y la familia, los métodos de educación para los niños, el divorcio, las familias reconstituidas, el uso y abuso de sustancias adictivas, la presencia de trastornos mentales, etc.

La familia como grupo ha prevaecido a través del tiempo, por lo tanto es importante conocer ampliamente el contexto en el cual las familias de México y el mundo presentan diferentes problemáticas, y de este modo conocer la relevancia del trabajo de los terapeutas familiares.

1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

La familia ha sido considerada como el elemento natural y fundamental de la sociedad, depositando en ella diversas funciones y responsabilidades. Tal es la importancia que la comunidad internacional le otorga a la familia, que la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas en 1993 proclamó el Día Internacional de la Familia, el cual se celebró por primera vez el 15 de Mayo de 1994, buscando con esta acción, promover la concienciación y un mejor conocimiento de los procesos sociales, económicos y demográficos que afectan a este núcleo de la sociedad (ONU, 2012). Según esta organización la familia posee el derecho a la protección de la sociedad y del estado (ONU, 2012).

Si bien, la familia ha sido designada como una institución trascendental en la vida de las personas y ha evidenciado su vigencia como forma de organización, no debe ser conceptualizada como si se mantuviera estática y sin modificaciones a través del tiempo, al contrario, el grupo familiar está en constante cambio mostrando su permeabilidad al entorno social, político, cultural y económico, por lo tanto una de las características principales de la institución familiar es su plasticidad, la cual se ha evidenciado a través de la historia (Quilodrán, 2008).

De este modo el concepto mismo de familia y las funciones que se le adjudican van sufriendo cambios. Por ejemplo: anteriormente la familia era responsable de la regulación de la

sexualidad y la reproducción, de este modo tanto el ejercicio de la sexualidad como la paternidad eran bien aceptados cuando una pareja “decidía formar una familia” no así cuando esto ocurría fuera del matrimonio. Sin embargo con el paso del tiempo ha sido cuestionado el papel del matrimonio como hito fundador y regulador de la vida sexual y reproductiva, produciendo cambios tales como el creciente número de nacimientos y la actividad sexual fuera del matrimonio (Arriagada, 1997; Quilodrán, 2008). Esta separación entre el ejercicio de la sexualidad y la procreación también ha influido en el retraso de la maternidad en algunos sectores sociales pero también el aumento de la maternidad adolescente en otros (Arriagada, 2002).

Otro de los cambios que ha impactado al grupo familiar se relaciona con el cuestionamiento de la sociedad patriarcal que en conjunto con otros factores ha dado lugar a la inserción de las mujeres en los ámbitos educativos y laborales, produciendo así cambios en la jerarquía y los roles dentro de la familia (Zavala 2007).

A pesar de los cambios que experimenta el grupo familiar existen algunas características que se siguen manteniendo. Tal es el caso de la “responsabilidad” de las labores domésticas, la cual a pesar de la adquisición de nuevos roles por parte de las mujeres y de la colaboración masculina en las tareas familiares, se sigue depositando en el género femenino (Zavala 2007).

La inserción masiva de las mujeres en el ámbito laboral, también ha traído cambios de diferente índole a las familias como la acentuación de las clases medias, la reducción en el tamaño de las familias, la transformación de las relaciones parentales y conyugales, el número y espaciamiento de los hijos, el cuidado de los hijos a cargo de otras personas y la tensión en las relaciones de género (Arriagada 2012).

Los cambios en las acepciones sobre la mujer y los múltiples roles que desempeña contribuye a la resignificación de la masculinidad. Así se observan muestras de flexibilidad al admitir tareas vinculadas con el cuidado y la socialización de los niños por parte del género masculino (Ariza y Oliveira, 2001).

Las formas de educar a los hijos también han experimentado cambios. Algunos factores que influyen en estos cambios son: el abandono de tradiciones de las nuevas generaciones, incorporación de patrones de la cultura occidental y prestar mas importancia los intereses individuales. Estos factores entre muchos otros, han generado que las familias intenten ser menos autoritarias en sus formas educativas para pasar a modelos con una mayor inclusión y más democráticos.

Un tema menos abordado por los autores pero que va evidenciando su importancia es el crecimiento a nivel mundial de los abuelos que cuidan y educan a sus nietos, este incremento se debe a varios factores entre ellos: el incremento en la esperanza de vida, la inserción de las mujeres en el campo laboral remunerado, los horarios laborales incompatibles con los horarios de las guarderías, la comodidad y seguridad percibida por los padres de los menores etc. (Sanjurjo, 2004; Ponce, Benavent y Valle, 2011).

Las relaciones de pareja también han gestado cambios debido a diferentes factores, algunos de los cuales se mencionaron en párrafos anteriores: la adquisición de nuevos roles por parte de las mujeres, los cambios en la concepción del ejercicio de la sexualidad y la procreación, el cuestionamiento de la sociedad patriarcal y la resignificación de la masculinidad, entre otros.

Asimismo, el incremento de la esperanza de vida ha contribuido en los cambios en las relaciones de pareja pues ha elevado la probabilidad de ocurrencia de varios factores tales como: la prolongación de la soltería, separaciones, divorcios, segundas uniones conyugales, incremento de las relaciones consensuales etc. (Ariza y Oliveira, 2001; Quilodràn 2008).

Todos los factores antes mencionados han generado cambios en el concepto mismo de la palabra *familia*. Con respecto a su estructura anteriormente se entendía por familia al grupo conformado por padre, madre e hijo(s), de modo que socialmente era reprobado que en una familia no estuviera presente el padre, y los hijos de madres solteras eran enérgicamente rechazados llamándolos hijos naturales. Actualmente este concepto ha cambiado de modo que ahora se habla acerca de diferentes tipos de familia: familias donde solo hay madre e hijos, familias con padre e hijos, familias donde los cónyuges son del mismo sexo, familias reconstituidas, etc.

En Latinoamérica estructuralmente han prevalecido las familias nucleares (pareja con o sin hijos), las familias extensas (padres e hijos y otros parientes) y las compuestas (incluyen presencia de no pariente). Las familias con jefatura femenina se han incrementado en dichos países en las últimas décadas debido a diferentes factores entre los que se encuentran: la disolución conyugal, mortalidad diferencial por sexo, la migración masculina, maternidad en soltería, aumento de escolaridad de las mujeres, mayor independencia económica y cambios en los roles tradicionales femeninos (Ariza y Oliveira, 2001).

Pese a todos estos cambios ocurridos en las funciones y estructura, la familia sigue siendo por excelencia el grupo más importante para los seres humanos. Años atrás en México el vocablo *familia* se relacionaba con significados altamente positivos tales como: unión, hijos, amor, hogar, bienestar, padres, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo. Los

mexicanos expresaban que la familia era el aspecto más importante de sus vidas en comparación con otros (Tuirán, 1995).

Actualmente la familia esta en un momento de transición. Los cambios en el contexto determinan en gran medida los cambios en el grupo familiar y éste al no ser un grupo estático, constantemente experimenta cambios para poder adaptarse a las variaciones a las que es expuesto. Pero los cambios que ocurren en la llamada “célula de la sociedad” no son menos importantes, pues estos también ejercen alguna influencia sobre el contexto, por lo tanto se considera de vital importancia el conocimiento de las problemáticas a las que están expuestas las familias contemporáneas tanto a nivel nacional como a nivel mundial.

1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO

Según la ONU (2013) desde la segunda mitad del siglo XX se han evidenciado cambios en las estructuras familiares: hogares más pequeños, nacimientos más tardíos, aumento en el número de divorcios y de las familias monoparentales, incremento mundial de los flujos migratorios, envejecimiento de la población, la pandemia de VIH/SIDA y las consecuencias de la globalización, según ésta organización internacional los cambios sociales mencionados generan dificultades a las familias para cumplir con sus responsabilidades evidenciándose cada vez más su dificultad para ocuparse de los niños y de las personas mayores.

Estas problemáticas observadas a nivel mundial no se encuentran lejanas a nuestro país y aún se suman otras, por ejemplo la pobreza. En este sentido el INEGI (2012) refiere que 30% de la población mexicana no tiene techo de losa en su vivienda, el ingreso monetario en zonas urbanas es 89% mas alto que en zonas rurales, y las percepciones monetarias mas altas superan 20 veces el ingreso de los hogares con percepciones más bajas, esto nos da cuenta de las pocas oportunidades a las que las personas tienen acceso y estas dificultades económicas sin duda alguna impactan en la dinámica familiar.

En nuestro país la organización política, económica y social ha sido reconocida como ineficaz al permitir y fomentar desigualdades en el acceso a condiciones de bienestar entre clases sociales, niveles educativos, ideologías, credo, zonas geográficas y origen étnico, tales condiciones se suman a los factores de riesgo que determinan la delincuencia, violencia, adicciones, migración, sobrepoblación de ciudades y abandono de áreas rurales, discriminación etc. incidiendo negativamente en el funcionamiento de las familias.

Debido a la falta de oportunidades México se ubica en los primeros lugares de los países que viven el movimiento migratorio internacional, y este factor aunado a la viudez, al incremento de divorcios y a los embarazos en la adolescencia, orilla a las mujeres a llevar el control y la administración del cuidado de los hijos y del hogar, echando mano de las redes de apoyo con las que cuentan que en su mayoría se conforma por la familia extensa, INEGI (2013) da cuenta de esto refiriendo que el 25% de los hogares a nivel nacional son encabezados por una mujer.

Así, cada vez más mujeres ingresan al campo laboral, sumándose aquellas que viven con su pareja pero a razón de mejorar los ingresos deciden trabajar fuera de casa, representado en total el 40% de la población económicamente activa del país, estas mujeres dedican en promedio 38 horas a la semana al trabajo (sin contar el tiempo de traslado a su hogar), lo que resulta en dejar el cuidado y educación de sus hijos a cargo de otras personas o instituciones.

Las drogas representan a la población mexicana un riesgo para las familias, no solo por el incremento en el consumo y la dependencia, que ha incrementado en los últimos años, sino también por la participación de cada vez más personas en la venta y distribución de sustancias, muchos de ellos menores de edad. Estudios revelan que la edad promedio en la que se comienza el consumo es 14 años, siendo principalmente tres las drogas de inicio: alcohol, tabaco y marihuana. Esto evidencia la necesidad de reforzar las acciones para reducir la demanda de drogas, ampliando la política de prevención y tratamiento sobre todo dirigida a la población adulta joven.

Actualmente en nuestro país se viven situaciones de tensión en la población resultado de la falta de seguridad, experimentando una gran cantidad de asaltos, robos, secuestros, violaciones, extorsiones etc. La incidencia de estos actos delictivos han marcado a ciudades y estados enteros, y por supuesto han generando situaciones conflictivas y de tensión en las familias.

Estas problemáticas que se presentan en el contexto nacional e internacional, impactan al grupo familiar, el cual se ve obligado a cambiar con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen, haciendo de esta institución un sistema en constante transformación (Minuchin 1977 citado en Andolfi 1991).

Todas las tensiones a las que es sometido el grupo familiar, ya sea por cambios dentro de la familia o cambios en el contexto, influyen sobre su sistema de funcionamiento requiriendo un proceso de adaptación, es decir un cambio en las interacciones de los miembros del grupo familiar manteniendo su continuidad por un lado, y consintiendo el crecimiento de sus

miembros por otro (Andolfi 1991), es aquí donde se inserta el trabajo de los terapeutas familiares sistémicos y posmodernos.

1.3 LA TERAPIA FAMILIAR Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR

La terapia familiar posee una característica que la distingue de los demás abordajes terapéuticos que encontramos en el amplio campo de la psicología. Esta característica es el interés en los *sistemas relacionales*, más que en la estructura interna de los individuos que conforman estos sistemas. De este modo la óptica del terapeuta familiar se centra en lo que ocurre *entre* las personas y va perdiendo importancia lo que se refiere a la estructura interna de los individuos (Andolfi, 1991).

La aportación más importante de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna a los abordajes terapéuticos ha sido proporcionar una manera distinta de observar al individuo, a las familias y las pautas de interacción, no buscando adaptar a todas las familias a un solo modelo ya que se considera la multiplicidad de características que poseen los grupos familiares, así como la multiplicidad de opiniones acerca de lo que debería hacer y pensar una familia “normal”. De este modo, cuando se observa algún síntoma en algún miembro del grupo familiar el foco de atención son las relaciones, o el individuo ya que se entiende que la conducta de un individuo afecta y se relaciona con los miembros del sistema de manera que los problemas se encuentran en las relaciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Algunas de las características de los modelos de Terapia Familiar Sistémica sobre todo los modelos Estructural, Estratégico y de Terapia Breve son: centrarse en el presente y no en el pasado de las personas, focalizar los esfuerzos terapéuticos en problemas específicos y en la obtención de objetivos previamente delimitados dejando de lado búsquedas de introspección, elaboración de un tratamiento para cada caso, centrarse en los recursos de las personas en lugar de centrarse en sus deficiencias, abandonar la búsqueda de la normalidad y de la patologización evitando los diagnósticos (Madanés, 1982).

Estos modelos terapéuticos han demostrado su eficacia en diferentes problemáticas presentadas por las familias, asimismo son un recurso al centrarse en objetivos delimitados pues permite reducir costos y tiempo de atención.

Otra de las características de estos modelos es que desde la epistemología que los sustenta los terapeutas pueden incluirse en lo que observan, evitando que se conviertan en agentes de control social y promoviendo una constante revisión del ejercicio profesional (Zavala, 2007).

Los modelos Narrativo, Reflexivo y Colaborativo denominados Posmodernos tienen como base epistemología el construccionismo social lo que determina que no se pierda de vista el contexto social y político, permitiendo mostrar a las personas que pueden ganar la autoría de sus vidas, en lugar de ser sujetos pasivos ante su padecimiento.

De manera general son diversas las problemáticas en las cuales los diferentes modelos de Terapia Familia Sistémica y Posmoderna ha mostrado su eficacia entre los que se encuentran: problemas de depresión, ansiedad, fobias, trastornos de alimentación, adicciones, violencia, etc. Por tanto es importante formar profesionales comprometidos con su labor y con la sociedad para ayudar a las familias a mirar los recursos que poseen para la resolución de las diferentes situaciones a las que se enfrentan.

2. LA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

El programa de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM se incluye dentro del padrón nacional de posgrados de calidad. Sus objetivos son:

- a) Desarrollar en los alumnos las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios,
- b) la adquisición de las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y
- c) una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales

De manera particular la Residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como objetivo formar profesionistas de la psicología de alta calidad en el campo de la salud, a través de una formación teórica-práctica supervisada en diferentes escenarios clínicos, que promuevan una visión integrativa para abordar problemas interaccionales entre individuo y sistemas familiares. Asimismo se persigue desarrollar habilidades para llevar a cabo investigación aplicada al tiempo que se favorece la formación de actitudes de servicio acorde con las necesidades sociales.

El plan de estudios de la Residencia tiene una duración de cuatro semestres. Se conforma por 145 créditos, 42 para el tronco teórico-metodológico organizado a través de cursos, talleres y seminarios y 103 créditos para las actividades de residencia constituida por práctica supervisada *in situ* e investigación aplicada.

Esta práctica supervisada se lleva a cabo en distintos escenarios. En el caso de la 9ª generación de la Maestría en Terapia Familiar estos escenarios fueron: el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro”, el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, el Centro Comunitario “San Lorenzo”, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

A continuación se explicará en detalle las características de las sedes en las que fue supervisada mi práctica Clínica como residente de la Maestría en Terapia Familiar.

2.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS SISTÉMICO DE LAS SEDES CLÍNICAS

Las sedes clínicas en las que se supervisó mi práctica clínica como residente de la Maestría en Terapia Familiar fueron: El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro” y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. A continuación se hace una descripción y un análisis sistémico de cada una de éstas sedes.

2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

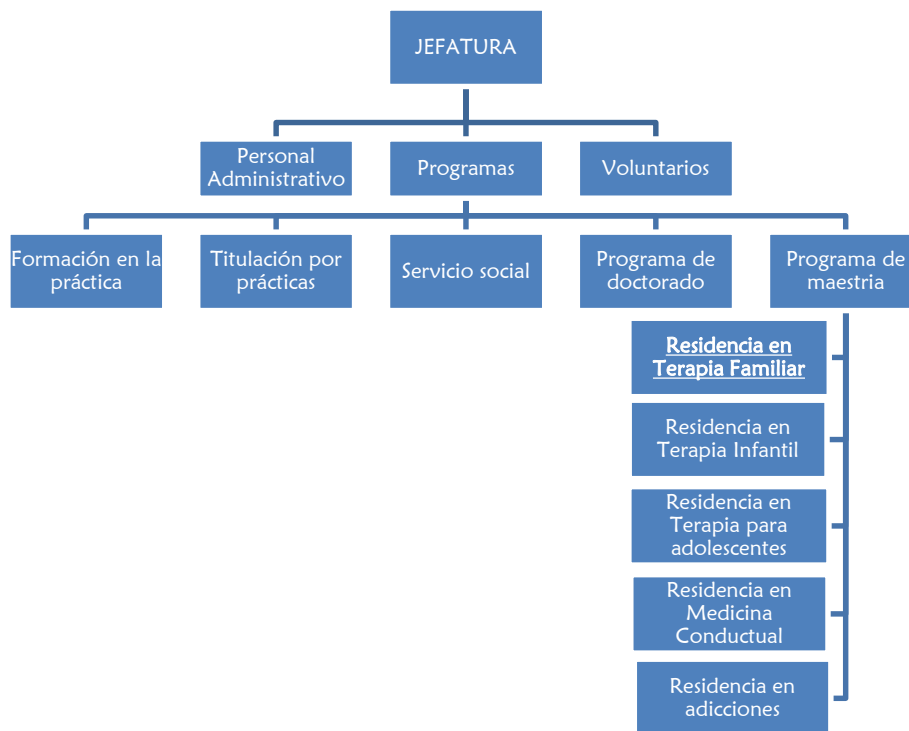
El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” fue el primer Centro de Atención Comunitaria en la Facultad de Psicología, de la División de Estudios de Posgrado, el cual se inauguró oficialmente el 8 de mayo de 1981 y fue hasta 1983 que adquirió su autonomía. Se ubica en Av. Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del edificio “D”. Su función principal es ofrecer un espacio para la formación clínica a los alumnos de licenciatura, maestría y doctorado proporcionando atención psicológica supervisada a la comunidad en general.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (CCSCUSS). Cuenta con sala de espera, recepción, 12 cubículos de atención individual, 6 cámaras de Gesell equipadas (sistema de audio y videograbación, espejo bidireccional, mesas, sillas y sillones para la atención terapéutica supervisada) y una pequeña cocina para los residentes y terapeutas que asisten al Centro.

Desde sus inicios la misión de este centro es brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar las habilidades profesionales, al tiempo que se ofrece a la comunidad un servicio de calidad en el campo de la evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología.

Otra de las funciones de ésta sede es apoyar los proyectos y programas de investigación que se desarrolla tanto por el personal académico como los alumnos de diferentes grados de la Facultad de Psicología, lo cual puede verse reflejado en el organigrama de este Centro (Figura 1).

Figura 1. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”



Entre las características que han logrado colocar a esta como una sede de fuerte impacto están: el amplio espectro de enfoques terapéuticos desde los que se intervienen las diferentes problemáticas entre los que se encuentran el humanístico, sistémico, psicodinámico, narrativo, cognitivo, conductual y cognitivo-conductual; el tipo de población atendida en la cual se incluyen niños, adolescentes y adultos; las modalidades terapéuticas que son individual, familiar y grupal; la diversidad de problemáticas entre las que se encuentran trastornos de la alimentación, víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, adicciones, psicoterapia en línea, peritaje psicológico, etc., y finalmente la diversidad de temas en torno a la prevención como talleres de solución de problemas, habilidades sociales, escuela para padres, etc.

Los pasos que se deben seguir para recibir atención psicológica en este centro son los siguientes:

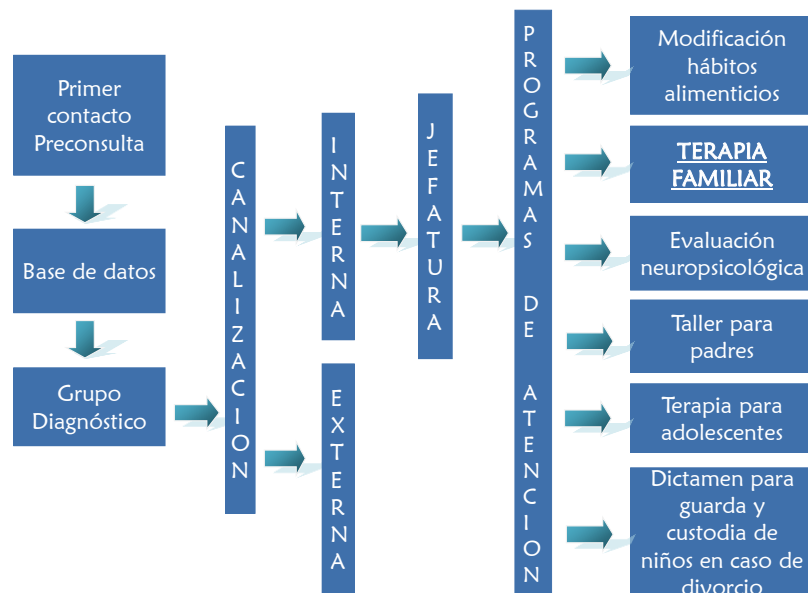
1. Agendar una cita, ya sea vía telefónica o directamente en el Centro
2. Presentarse el día y hora de su cita con los documentos requeridos (identificación oficial, comprobante de domicilio, comprobante de ingresos, en el caso de los menores de edad presentan los documentos de los padres antes mencionados añadiendo acta de nacimiento y credencial con fotografía del menor). Se realiza una entrevista focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistados llena una ficha de preconsulta, con los datos

generales y las impresiones diagnósticas. El paciente paga una cuota de recuperación.

3. Las fichas de preconsulta se envían a la recepción en donde son capturadas en una base de datos.
4. Se da una nueva cita en la que se aplican pruebas psicológicas. Se elabora el diagnóstico. Esta cita también tienen cuota de recuperación.
5. Se hace la canalización correspondiente: canalización interna a alguno de los programas del centro o canalización externa a instituciones como el Instituto Nacional de Pediatría, DIF, INMUJERES, Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

En el siguiente esquema (Fig. 2) se observa la estructura del Centro de Servicios Psicológicos como una manera de ubicar el lugar que ocupa la Residencia en Terapia familiar Sistémica dentro de los servicios que presta dicho Centro.

Figura 2. Esquema sistémico del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”



Dentro de las canalizaciones internas que se realizan durante el proceso de atención en ésta sede, se derivan personas para el programa de la Residencia en Terapia Familiar, lo alumnos de dicha residencia son responsables de llamar y darles cita a las personas según los horarios disponibles para supervisión en el Centro. Asimismo, los residentes son responsables de los expedientes de los pacientes que atienden, en donde realizan un resumen del proceso. Al finalizar el proceso se devuelve el expediente a la jefatura para ser archivado en la sede.

2.1.2 CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO

Esta sede clínica fue fundada posteriormente al Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*” pero basada en los mismos objetivos: profesionalización de los estudiantes y atención a la comunidad. Comenzó sus actividades en 1981 y se ubica en Tecacalo, Mz 21, Lote 24, Col. Ruíz Cortines, Coyoacán.

Cuenta con una sala de espera, una recepción, dos cámaras de Gesell provistas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, dos aulas para impartir cursos o talleres, una biblioteca, una sala de cómputo, varios cubículos para profesores y un comedor.

Su misión consiste en brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.

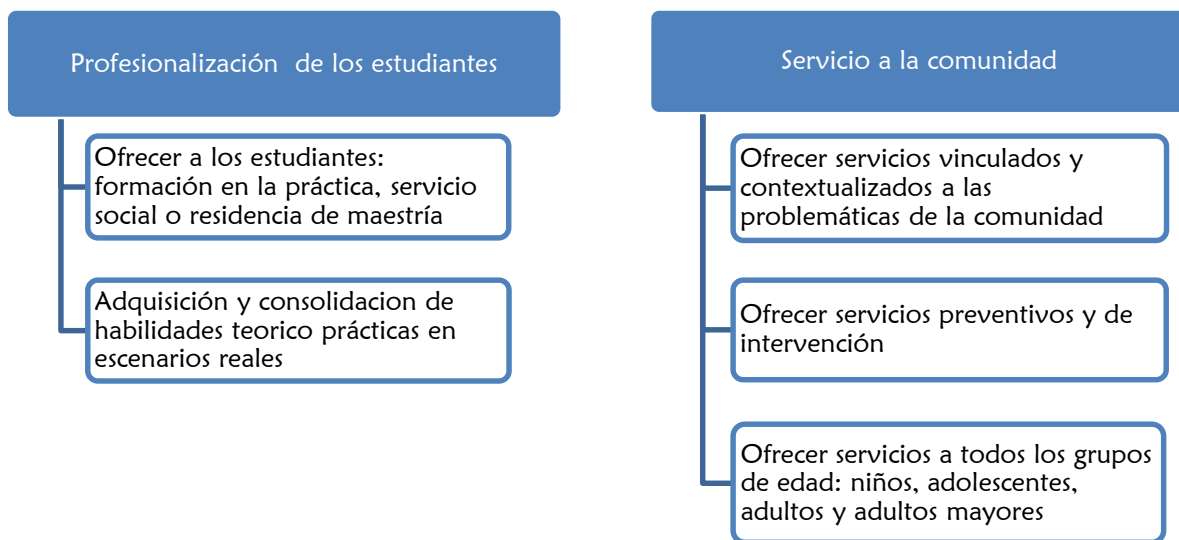
La visión que impulsa el quehacer de este Centro es lograr que a través de la profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado se incida en las principales problemáticas que afectan a la comunidad. Para poder llevar a cabo cada uno de sus objetivos el personal del Centro se organiza como lo muestra la figura 3.

Figura 3. Organigrama del Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro”



Dentro de los objetivos que se han planteado en este Centro se han diseñado diferentes funciones que impactan tanto en la profesionalización de los estudiantes como en la atención que se brinda a la comunidad, estas funciones a su vez dirigen las acciones de la sede para la consecución de sus objetivos (Figura 4).

Figura 4. Objetivos y funciones en el Centro Comunitario “Julián McGregor”

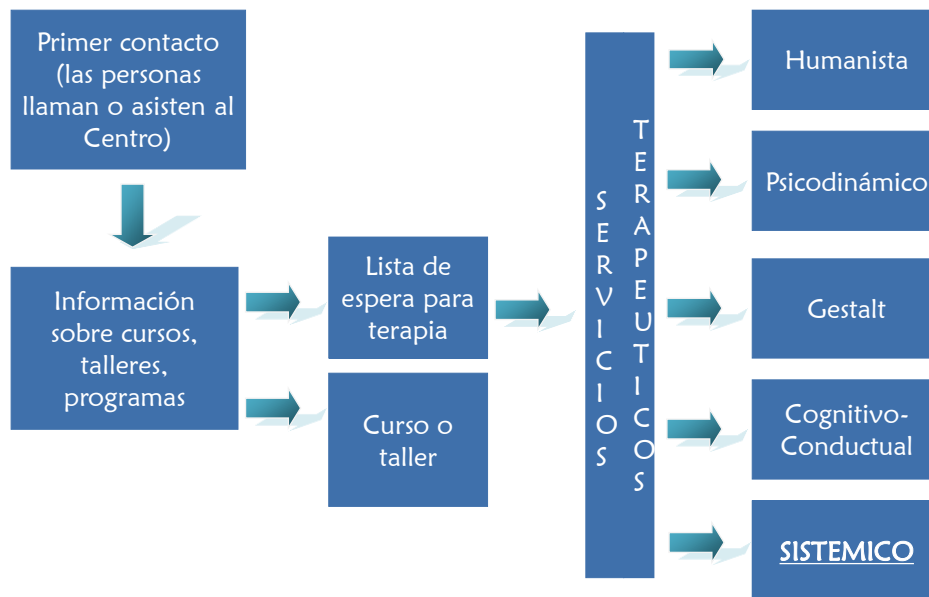


Como se observa en la figura anterior, además de ofrecer intervenciones en las diferentes problemáticas de la comunidad, esta sede ofrece un nivel de atención primaria mediante diferentes subprogramas: Escuela para padres, Hábitos alimentarios, Familia y salud mental, Habilidades para la vida, Conciencia corporal, Prevención de la violencia etc.

Para recibir atención dentro del programa de terapias las personas se comunican vía telefónica o acuden directamente a la sede para solicitar el servicio, proporcionando sus datos así como su motivo de consulta, de este modo quedan registrados en una libreta a la cual tienen acceso los estudiantes de maestría de los diferentes programas y son estos los encargados de citar a los pacientes.

En el siguiente esquema (Fig. 5) se observa la estructura del Centro Comunitario como una manera de ubicar el lugar que ocupa la Residencia en Terapia familiar Sistémica dentro de los servicios que presta esta institución.

Figura 5. Esquema sistémico del Centro Comunitario “Julián McGregor y Sánchez Navarro”



2.1.3 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

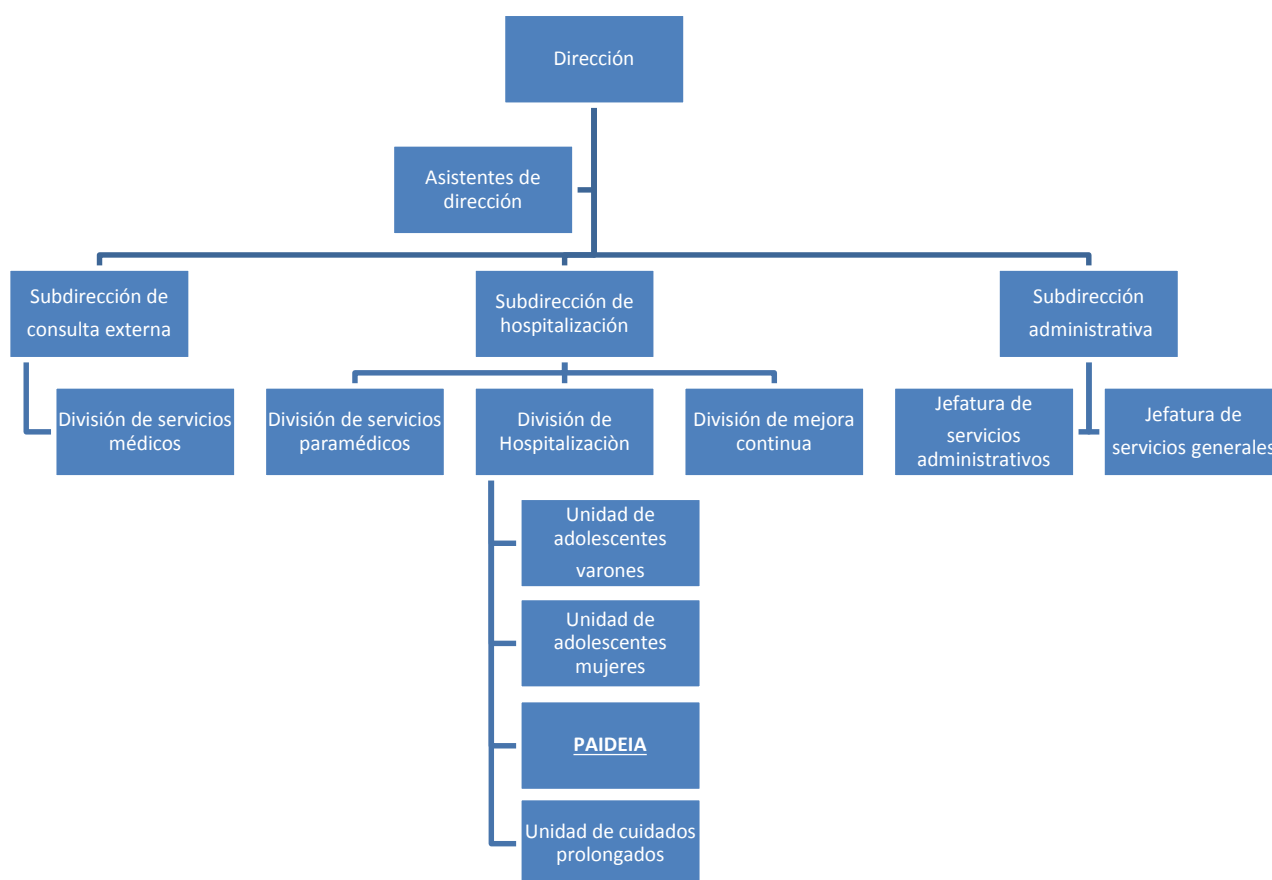
Desde su inauguración el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” inició sus actividades con el objetivo de impartir atención a los menores de diecinueve años de edad, de ambos sexos, que no se encontraran protegidos por los sistemas de seguridad social para después readaptarlo al medio familiar y social de donde proviene.

Actualmente sus objetivos se han ampliado y organizado en tres niveles: Atención primaria, que consiste en la promoción de la higiene mental y la protección específica de los diferentes padecimientos; atención secundaria, encaminada al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno y la atención terciaria, que corresponde a la rehabilitación, tanto psicomotriz como de readaptación social.

El modelo interdisciplinario en el que el Hospital basa su funcionamiento se ha perfeccionado durante más de dos décadas, y se concentra explotando las características de cada servicio, como son: la paidopsiquiatría, la psicología, el trabajo social, la enfermería aunado a los diagnósticos terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo a los menores.

En la Figura 6 se muestra el organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil, en el cual se muestran las funciones principales de las diferentes áreas de esta institución. Asimismo se ubica la unidad de PAIDEIA, en la cual realice mi práctica supervisada.

Figura 6. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”



Para solicitar atención existen dos formas: 1) acudir de manera espontánea, por voluntad propia de familiares o paciente y 2) acudir por indicación de alguna institución académica o de salud.

Existen dos tipos de atención inicial en el Hospital:

- Atención de primera vez no urgente: Para este servicio se reparten 20 fichas a las 6:00 hrs. de lunes a viernes.
- Atención de urgencias: Este servicio se brinda las 24 hrs. del día los 365 días del año

Para poder recibir la atención los solicitantes deben presentar la siguiente documentación:

- Acta de nacimiento del paciente
- Identificación personal del familiar responsable
- Comprobante de domicilio

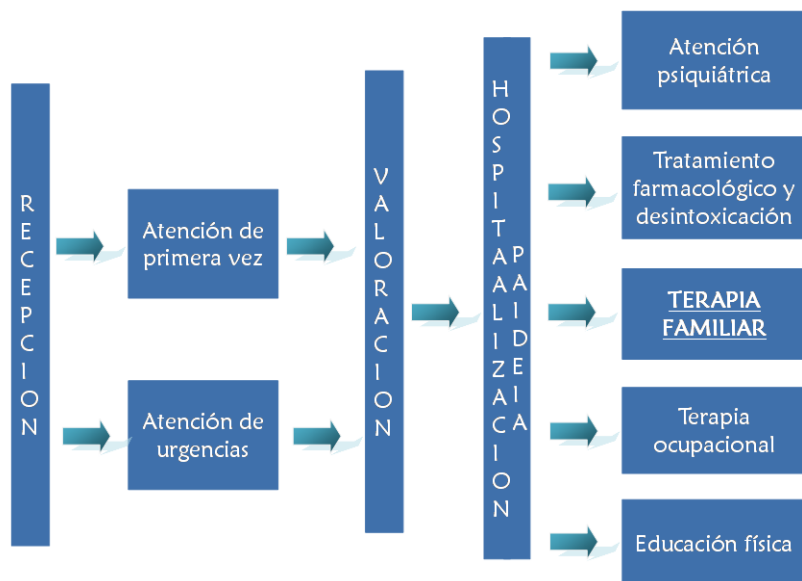
Es en este escenario en el que se encuentran los estudiantes de maestría de Terapia familiar de la Facultad de Psicología, quienes son supervisados por terapeutas de esta institución. La participación de los estudiantes se limita a dos áreas específicas: Consulta externa y la unidad de PAIDEIA.

En consulta externa se atiende a los menores con alteraciones específicas de una o varias áreas de desarrollo como trastornos de las emociones (ansiedad, fobias, ataques de pánico o depresión y las reacciones de adaptación social), trastornos de la conducta (déficit de atención, hiperactividad y las alteraciones en el aprendizaje). Asimismo proporciona ayuda integral a niños y adolescentes así como a sus familiares, que presentan problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.

En la unidad de PAIDEIA (*Programa de Atención Integral a Niños Adolescentes con problemas de Fármaco-dependencia*) se atiende a niños y adolescentes que tienen problemas de adicción y abuso de sustancias, en un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica. La mayoría de los pacientes son adolescentes que se encuentran en hospitalización dentro de la institución, sujetos a tratamientos farmacológicos de desintoxicación, los cuales cuentan con diversas actividades además de las propias de su tratamiento, tales como educación física y terapia ocupacional.

En la Figura 7, se observa la estructura del Hospital Psiquiátrico Infantil como una manera de ubicar el lugar que ocupa la Residencia en Terapia familiar Sistémica dentro de los servicios que presta esta institución.

Figura 7. Esquema sistémico del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”



2.1.4 EL TRABAJO CLÍNICO REALIZADO

El objetivo principal de la participación de los estudiantes de maestría en las diferentes sedes clínicas se basa en la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en las clases teóricas de la Residencia. De acuerdo con el programa de la residencia nos incorporamos a la práctica clínica en las sedes en el segundo semestre. Mi participación en estas sedes fue variada, algunas veces como terapeuta, otras como co-terapeuta, como parte de equipo terapéutico detrás del espejo y como equipo reflexivo en los modelos posmodernos.

Gracias a que las supervisiones estuvieron a cargo de diferentes profesores, los modelos desde los que se llevaron a cabo las intervenciones fueron casi todos los que se revisaron en la teoría (Estructural, Estratégico, MRI, Milán, Soluciones, Posmodernos).

En la Tabla 1 se observa mi participación en cada una de las Sedes como terapeuta y co-terapeuta, así como los pacientes atendidos en cada una de éstas sedes. Además de mi colaboración como parte de equipo terapéutico detrás del espejo y como parte de equipo reflexivo, durante la residencia atendí a 21 pacientes. De estos pacientes atendidos 6 los atendí como terapeuta y 15 como co-terapeuta.

Tabla 1. Pacientes atendidos por sede según participación como Terapeuta o Co-terapeuta

| Sede | Terapeuta | Co-terapeuta |
|---|-----------|--------------|
| Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" | 0 | 3 |
| Centro Comunitario "Julián McGregor y Sánchez Navarro" | 1 | 2 |
| Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" | 5 | 10 |

En el Centro de Servicios Psicológicos observábamos las sesiones mediante la cámara de Gessell. En el Centro Comunitario las sesiones se observaban mediante circuito cerrado. En estos dos centros el desarrollo de las sesiones se realizaba en tres tiempos: pre-sesión, inter-sesión y post-sesión.

En la pre-sesión se revisaba junto con el equipo y el supervisor el caso y se proponían líneas a seguir en las intervenciones, posteriormente cuando llegaba la familia comenzaba la sesión.

La inter-sesión se llevaba a cabo minutos antes de terminar la sesión con los consultantes. El o los terapeutas salían de consultorio y escuchaban al equipo terapéutico y al supervisor, quienes habían observado toda la sesión. Posteriormente el o los terapeutas regresaban con la familia o individuo a dar el mensaje de equipo.

Finalmente en la post-sesión se analizaba junto con el equipo y supervisor el proceso de a sesión.

En el caso del Hospital Psiquiátrico las sesiones se llevaban a cabo con la misma estructura, sin embargo no había equipo terapéutico, por lo que en la inter-sesión salíamos las co-terapeutas para comentar sobre la sesión y regresar a dar un mensaje a la familia.

La Tabla 2, muestra los motivos de consulta de los consultantes que atendí durante tres semestres de la residencia en terapia familiar en las tres sedes.

Tabla 2. Motivos de consulta atendidos y modalidades de atención

| Motivo de consulta | Atención individual | Atención familiar | Atención en pareja |
|---|---------------------|-------------------|--------------------|
| Dificultades en la crianza de los hijos | - | 10 | - |
| Problemas con el consumo de sustancias | - | 7 | 1 |
| Violencia en la pareja | 1 | | |
| Dificultades de comunicación en la pareja | | - | 1 |
| Dificultades en la relación familiar | 1 | - | - |

Como se observa en la tabla, durante mi estancia en la residencia atendí más familias que parejas e individuos. En el hospital psiquiátrico las familias provenían del área de PAIDEIA, pero también eran derivados pacientes de consulta externa. Debido a esto las familias consultantes que tenían dificultades en la crianza de lo hijos, se relacionaba con la presencia de trastornos como TDAH o con intentos de suicidio de los menores, los cuales eran atendidos por psiquiatras en la institución y derivados al área de Terapia Familiar para abordar los problemas en la relación entre padres e hijos. En la mayoría de éstos casos se observaba violencia familiar, falta de reglas y límites, dificultades en la comunicación entre padre e hijos y problemas en a pareja de padres y/o con la familia extensa etc.

Las familias que consultaban debido al problemas con el consumo de sustancias adictivas fueron atendidos en e Hospital Psiquiátrico, a excepción de una pareja que consultó en el Centro de Servicios Psicológicos. En este último caso no asistió su hijo, quien presentaba problemas de consumo, pero los padres asistieron a terapia pues no sabían como manejar esta situación con su hijo y concluyeron el proceso.

Los casos atendidos en el Hospital por problemas de consumo de sustancias los atendí todos en sesiones familiares. En algunos casos, las primeras sesiones solo veía a los padres (o a uno

de ellos) debido a que el menor se encontraba internado y bajo medicamentos que dificultaban su presencia en las sesiones. También atendí algunos menores que ya habían sido dados de alta del Hospital con sus familias ya que la Terapia Familiar era parte del seguimiento que se daba a los casos por parte del Hospital.

CAPÍTULO DOS

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

El nacimiento de la terapia familiar incluye elementos comunes pero también da lugar a numerosas divergencias. Para comprender este nacimiento debe mirarse el nexo entre la continuidad y la discontinuidad que ella misma representa, así como las numerosas, pero no infinitas formas que asume.

Al adentrarse en su génesis se encuentran muchos relatos e infinitas posibilidades de ser contada, pues nos encontramos frente a una disciplina intermedia entre diversas culturas, alimentada por diferentes escuelas y razonada por diferentes científicos.

1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

Fue en la década de 1950 cuando hizo su aparición la teoría sistémica, quitando la mirada del modelo mecanicista y lineal, predominante en ese entonces, para dirigirla hacia los sistemas.

La consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social quizás no anticiparon a la terapia familiar, sin embargo contribuyeron a extender la idea de que se podía intervenir en la familia con exitosos resultados (Bertrando y Toffanetti, 2004). Lo que dio origen a la teoría sistémica, fue el resultado de profundos cambios en las perspectivas de las ciencias naturales y de otras ciencias del comportamiento. Estos cambios originaron nuevas ideas, las cuales fueron aplicadas a la psicoterapia, generando diferencias en la manera de mirar a la familia.

Por lo tanto, la terapia familiar no solo se considera como una técnica terapéutica, sino como una disciplina que ha sido influida por un cambio epistemológico, favoreciendo la investigación en el comportamiento y en las prácticas terapéuticas.

Para poder comprender los diversos modelos y las técnicas que la comprenden es necesario mirar atrás en la historia y explorar los temas y conceptos en torno de los cuales ha evolucionado el movimiento familiar.

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

Al referirse a los fundamentos de la Terapia Familiar es necesario tomar en cuenta tres pilares fundamentales: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. Con el paso del tiempo los diferentes modelos que han emergido dentro del campo de la Terapia Familiar se han visto influidos por el pensamiento Posmoderno, por el Constructivismo y Construccinismo Social.

1.1.1 TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Es Ludwing Von Bertalanffy el autor de la Teoría General de los Sistemas (TGS). Bertalanffy nació en 1901 en Viena, estudió biología y posteriormente se desempeñó como profesor e investigador en la universidad de su ciudad natal. Ya en 1925 había gestado sus primeras ideas que delinearon a la TGS, sin embargo como menciona Johansen (1994), este nacimiento pudo ser prematuro, ya que las ideas planteadas no tuvieron acogida en el mundo científico de esa época dominado por el pensamiento mecanicista.

Debido a los problemas en los que se vio envuelta toda Europa en 1949 Bertalanffy se dirigió hacia Canadá y posteriormente se marchó a Estados Unidos y fue en este país donde su teoría alcanzó un gran prestigio.

El mismo Bertalanffy (1991) reconoce que el concepto de sistemas tenía ya una larga historia, la cual incluye el nombre de diversos autores tales como: Leibniz, Nicolás de Cusa, Paracelso, Vico e Ibn-Kaldun, Marx y Hegel, Khöler y Lotka entre otros, quienes representan las ideas precursoras de la TGS.

Un acontecimiento importante que favoreció que la Teoría General de Sistemas permeara el pensamiento científico y tecnológico fue el encuentro de Boulding, A. Rapoport, Ralph Gerard y Bertalanffy en Palo Alto, donde se consolidó la creación de la Sociedad para la Investigación General de Sistemas. Esta organización permitía investigar el isomorfismo de diversos campos, desarrollar modelos teóricos adecuados para los campos que carecían de ellos, minimizar la repetición de esfuerzo teórico en diferentes campos y estimular la comunicación entre especialistas para favorecer la unidad de la ciencia (Bertalanffy, 1991). Es hasta 1968 cuando Bertalanffy presenta su obra *Teoría general de los sistemas*.

Esta teoría emerge como respuesta a la necesidad de ver y explicar el mundo de un modo diferente al pensamiento mecanicista o reduccionista, el cual partía de la premisa de aislar los elementos del universo para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual. Este pensamiento resultaba ya insuficiente y limitado para explicar los fenómenos biológicos, sociales y del comportamiento.

Para Bertalanffy los organismos son más que entes aislados. Postula que “el todo es más que la suma de sus partes” es decir, las características que constituyen a los organismos no pueden ser explicadas con respecto a las características de partes aisladas.

Encontrar los isomorfismos en los diferentes campos de conocimiento se convirtió en uno de los objetivos principales de la TGS, lo que deriva en una concepción del mundo como totalidad que presenta semejanzas en su estructura. Otro de los objetivos es hallar un lenguaje afín que sirva como un punto en el que pudieran converger diversas ciencias especializadas, esto representaría una pauta para el intercambio de conocimiento entre los científicos, favoreciendo el desarrollo de la ciencia en su totalidad (Eguiluz, 2007).

De esta teoría se desprenden diversos conceptos, los cuales son centrales en la comprensión de la TGS (Bertalanffy, 1991):

- **Sistema:** es un complejo de componentes interactuantes. Un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual, el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros. Existen sistemas cerrados y abiertos. Los *sistemas cerrados* son aquellos que se encuentran aislados de su medio circundante. Los *sistemas abiertos* se mantienen en continua incorporación y eliminación de materia. Los organismos vivos son entonces sistemas abiertos, ya que intercambian materia con el medio circundante. Johansen (1994) menciona que cuando se observa con detenimiento un sistema, se advertirá que éste se encuentra compuesto por varias partes, y éstas pueden ser consideradas como subsistemas. Los *subsistemas* pueden ser definidos como un conjunto de partes que se encuentran dentro de un sistema mayor y que poseen características propias, es decir sistemas más pequeños, dentro de sistemas mayores.
- **Totalidad:** un sistema constituye una totalidad pero las características de esta totalidad, no se pueden explicar a partir de las características de partes aisladas, esto implica que el todo es más que la suma de sus partes.

- **Equifinalidad:** en un sistema abierto puede alcanzarse un mismo estado final por medio de orígenes diferentes, es decir, los cambios observados en dicho sistema, pueden ser el resultado de diferentes condiciones iniciales pero también por los parámetros del sistema.
- **Circularidad:** en un sistema las relaciones entre los elementos nunca son unilaterales. Este concepto, deja atrás la concepción de linealidad ya que refiere que si A afecta a B, B, afecta a A, de modo que A afectará a B de la misma manera o en una manera diferente y así sucesivamente (Salem, 1990).

Los principios básicos de la Teoría General de Sistemas aplicados a la terapia familiar según Sánchez y Gutierrez (2000) son:

1. El comportamiento de un individuo no se puede comprender de forma aislada, sino en interacción con el resto de los miembros del sistema
2. La estructura familiar esta formada por subsistemas los cuales para diferenciarse necesitan limites
3. El sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas
4. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares. La familia se comporta como un sistema de retroalimentación
5. La patología se encuentra en el sistema familiar y no en el individuo
6. La evolución y los cambios son inherentes a la estructura familiar
7. Las familias mantienen su estabilidad a través de la homeostasis y tienden al equilibrio.

Es evidente que la TGS ha determinado el trabajo terapéutico con familias ya que ha enriquecido esta práctica con sus conceptos e ideas. Esta nueva concepción aleja la visión del ser humano como un individuo aislado y permite que sea visto como parte de un sistema, en el que interactúa con otros subsistemas, los cuales se influyen recíprocamente.

1.1.2 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Los trabajos acerca de la comunicación humana se generaron a partir de los estudios del antropólogo y filósofo Gregory Bateson, quien fue hijo de William Bateson, el biólogo más importante de su época, reconocido por sus investigaciones en genética y por introducir este término al idioma inglés.

Antes de dedicarse a estudiar la dinámica familiar, Gregory Bateson, como antropólogo, investigó la estructura familiar de las tribus de las Islas de Bali y Nueva Zelanda junto con su esposa Margaret Mead (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En 1950 participó en las conferencias Macy, donde se nutrió de las ideas de Norbert Wiener, imaginando las posibles aplicaciones de los conceptos de la cibernética en el campo de las ciencias sociales (Vargas, 2007).

En 1952, gracias a una beca de la fundación Rockefeller inició un proyecto de investigación acerca de los procesos de clasificación de mensajes, para tal proyecto reunió a un grupo de colaboradores: Jhon Weakland con formación de ingeniero químico, Jay Haley estudiante de comunicaciones sociales de Stanford y el psiquiatra William Fry. Para 1953, el grupo comenzó a centrarse en el estudio de la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico y en 1954 se integró al grupo Don D. Jackson, psiquiatra de orientación psicoanalítica, quien aportó credibilidad clínica al grupo (Salem, 1990; Vargas, 2007).

Este grupo descubrió que la comunicación de estas familias era rica en paradojas y confusiones de niveles lógicos, es decir, los esquizofrénicos no podían diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y los hechos reales como metáforas; era claro la presencia de dificultades para descifrar los mensajes y entender el contexto en que eran emitidos.

De acuerdo a la postura de equipo en aquel momento, cuando una persona comunica a otra mensajes diferentes a niveles distintos, la persona que los recibe se encuentra en una situación tal que no puede responder a ellos sin violar una u otra de las órdenes, estando siempre en el error, además no puede huir de la situación, ni hacer comentarios sobre sus dificultades.

En 1956 el equipo de Bateson publicó su primer artículo "*Hacia una teoría de la esquizofrenia*" donde describieron por primera vez su teoría del doble vínculo, los términos en los que se daba y los factores necesarios para que se produjeran.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), desarrollan la teoría de la comunicación humana y especifican cinco axiomas básicos:

1. No es posible no comunicar.

Toda conducta es comunicación, por lo tanto todo acto emitirá un mensaje y por más que se intente no se puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencios emiten un mensaje a los

demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por tanto también comunican.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.

El nivel de contenido de un mensaje transmite información, el nivel de relación se refiere a cómo la comunicación sirve para definir el tipo de relación que se pretende establecer con el interlocutor.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencias de hechos es la causa de incontrolables conflictos en las relaciones.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

La comunicación digital es transmitida por medio de símbolos lingüísticos o escritos la analógica esta establecida por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, postura, entre otros) y es el vehículo de la relación.

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

Todas las relaciones se pueden agrupar en dos categorías: complementarias o simétricas. En el primer caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro; en el segundo caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. Son relaciones basadas en la diferencia (complementarias) o en la igualdad (simétricas).

Los conceptos e ideas aportados por la Teoría de la comunicación humana tienen grandes alcances en la práctica de la terapia familiar ya que aportan un enfoque centrado en la comunicación entre las personas, lo que cambió a forma de entender las interacciones dentro de los sistemas familiares (Hoffman 1987).

1.1.3 CIBERNÉTICA

Los primeros trabajos sobre Cibernética fueron desarrollados por Norbert Wiener, quien nació en Columbia, Estados Unidos en 1894. Fue uno de los matemáticos más importantes del siglo XX, e introdujo en el lenguaje científico el concepto de cibernética, extrayéndolo del término griego *Kubernetes* que significa timonel (Wiener, 1981).

Un acontecimiento importante en el desarrollo de la Cibernética fueron las conferencias Macy, auspiciadas por la Fundación *Josiah Macy*. Estas conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en la ciencia, proponiendo nuevas formas de explicación en el campo de la ingeniería, la biología y el área social.

En estas conferencias coincidían científicos pertenecientes tanto a las ciencias duras como a las ciencias sociales, algunos de los más importantes fueron: los matemáticos Norbert Wiener, Jhon Von Neuman y Walter Pitts; los neurofisiólogos mexicanos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No; el neuropsiquiatra Warren McCulloch; el psicólogo Kurt Lewin y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, por mencionar a algunos (Vargas, 2004: Bertrando y Toffanetti, 2004).

De las conferencias Macy surgieron innovaciones teórico-conceptuales que permitieron bosquejar un nuevo marco conceptual: la Cibernética. Según la definición del propio Wiener la cibernética es el estudio del control y de la comunicación en el ser humano y la máquina. Algunos autores también la han definido:

- McCulloch (1965, citado en Sluzki 1987) la describió como una epistemología experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”
- Bateson la definió como la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información (Bertrando y Toffanetti, 2004).
- Según Betalanffy (1991) la cibernética es una teoría de los sistemas de control que sienta sus bases en la comunicación entre el sistema y el medio que lo rodea, dentro del sistema mismo, y el control del funcionamiento del sistema en consideración al medio.

Johansen (1994) refiere que la cibernética se basa en el principio de retroalimentación (o causalidad circular) y de homeostasis; explica los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos que ayudan a comprender los comportamientos generados por estos sistemas, los cuales poseen capacidades de auto-organización y de auto-control.

Como todas las disciplinas, el campo de la cibernética también evolucionó involucrando nuevas ideas, nuevos términos y nuevos temas dominantes. Este desarrollo afectó y se vio afectado por los campos que influenció tanto en el lenguaje, como en la lógica y los temas.

Los trabajos de Wiener sobre cibernética se centraron en la retroalimentación negativa, postulando cómo los sistemas operan para lograr la homeostasis, ésta fue conocida como la Cibernética del primer orden o de los sistemas observados. Según Keeney (1985, citado en Sánchez y Gutiérrez, 2000) los postulados teóricos de ésta cibernética son:

- Circularidad: la repetición en la interacción de las partes de un sistema
- Estructura: es la totalidad de relaciones que existen en un sistema abierto y La estructura puede o no sufrir cambios
- Sistemas abiertos: son aquellos que intercambian estímulos con el ambiente
- Sistemas cerrados: son los sistemas no biológicos
- Retroalimentación: mecanismo mediante el cual los organismos vigilan su autorregulación a los estímulos que vienen del exterior

En el campo terapéutico, se colocan en esta cibernética los enfoques terapéuticos no sistémicos y los sistémicos de primer orden, ya que el papel de terapeuta es de observador y hace intervenciones pero sin interactuar dentro del sistema familiar, reflejando un énfasis negentrópico desde el cual se observan los mitos familiares, las reglas familiares y los patrones interactivos.

La segunda etapa de la cibernética fue denominada por Magoroh Maruyama como la “*Segunda cibernética*”.

Esta segunda etapa sienta sus bases en el postulado de que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de ampliación y desviación. Por lo tanto se hace énfasis en el desequilibrio y reestructuración del sistema, movilizándolo los subsistemas y cambiando las jerarquías. Para lograrlo el observador organiza la realidad y la dinámica de la familia.

En la práctica terapéutica estas modalidades fueron incluidas en el trabajo con familias por Salvador Minuchin y Carl Whitaker.

La cibernética experimentó un cambio cuando incluyó aportaciones filosóficas de Wittgenstein, contribuciones neurofisiológicas de Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela y de psicólogos como Jean Piaget, entre muchos otros. Estas aportaciones permitieron que en el estudio de los procesos recursivos se incluyera a la misma cibernética como fuente de estudio. Esta cibernética fue llamada “*Cibernética del segundo orden o de los sistemas observantes*” (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Desde esta cibernética, se considera al observador como parte del sistema y no como una parte aislada de este. En el modelo terapéutico que deriva de la cibernética del segundo orden, el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios sino que se introduce en el sistema familiar, conduciéndose de manera neutral y sin jerarquías. Durante el proceso terapéutico, se intercambian diálogos sobre el problema presentado, el terapeuta introduce diferencias significativas donde pueden surgir nuevas perspectivas compartidas y puntos de vista alternativos con el fin de que la propia familia solucione sus problemas. Los cambios que resulten de este proceso son logros de la familia y no del terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A diferencia de la cibernética de los sistemas observantes, en la cual el terapeuta es un agente que opera sobre la familia para cambiarla, desde esta cibernética, el terapeuta es un participante respetuoso involucrado en un proceso de transformación colectiva de significados (Sluzki, 1987).

La formalidad de la teoría cibernética permite considerar, en la práctica clínica, que el comportamiento de los miembros de la familia depende de cómo se articula la relación con los demás. Esto provoca que los terapeutas concedan más atención al ambiente donde se halla el individuo que a este mismo, tratando de indagar el significado de las acciones en el contexto que le rodea: así se pasa de lo intrapsíquico a lo relacional, liberándose del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y en la retroalimentación. En definitiva pierde importancia la pregunta del *por qué* de los acontecimientos, que busca las causas del problema en el pasado y se enfatiza el *como* suceden, es decir, se enfatiza la búsqueda de modelos de comunicación en el presente (Bertrando y Toffanetti, 2004).

1.1.4 CONSTRUCTIVISMO

El pasaje de la epistemología Cibernética a la Constructivista y posteriormente a la Construccionalista social, fue un proceso que se dio paulatinamente, resultado del cuestionamiento constante de los supuestos que sostienen las prácticas en la Psicología y psicoterapia (Zavala, 2007).

Los orígenes filosóficos del constructivismo se remontan a personajes como Giambattista Vico, Immanuel Kant y Hans Vaihinger, quienes enfatizaron el carácter proactivo, modelador y ficticio del ser humano y su papel a la hora de configurar las “realidades” a las que respondemos (Mahoney, 1988, en Neimeyer, 1998).

Numerosos estudios en la biología y la neurofisiología evidenciaron que las señales que son enviadas a las diversas células sensoriales de la corteza cerebral, no difieren cualitativamente, lo que implica que las personas no distinguimos las cosas porque recibimos información sobre una realidad exterior, sino que construimos la realidad mediante nuestro sistema perceptivo-cognitivo (Von Glasersfeld, 2000, citado en Delgado, 2009).

Algunas figuras de la primera mitad del siglo XX, como Frederick Bartlett, Alfred Korzybski y Jean Piaget, atrajeron la atención sobre los procesos constructivos y semánticos de la memoria humana, el lenguaje y la cognición (Neimeyer, 1998).

Las teorías constructivistas, edificadas sobre bases biológicas, filosóficas y psicológicas, han desempeñado un papel relevante. De modo particular, el pensamiento constructivista ha surgido como perspectiva destacada en diversos campos psicológicos como la psicología cognitiva, psicología evolutiva, psicología educativa, psicología ambiental, psicología de la emoción, la psicología feminista y los estudios de género, la percepción y la memoria, la personalidad, la psicología personal y la psicología social y evidentemente en la Terapia Familiar (Lyddon, 1998).

Desde el Constructivismo se propone que la realidad es una interpretación de la experiencia y acción humana, y no un mundo compuesto por propiedades estables, que existen independientes de la observación. De este modo, el conocimiento no es una serie de experiencias que el sujeto recibe pasivamente de un mundo estable, sino una construcción en la que participa activamente a través de su interacción con el medio.

Mientras desde el pensamiento sistémico se enfatiza las secuencias interaccionales de conductas, en las concepciones constructivistas se marca un interés preponderante en el

significado. Así, en un inicio se consideraba al síntoma en función de los parámetros interaccionales del sistema, posteriormente, con la influencia constructivista se hace énfasis en la explicación de mitos y premisas familiares de los cuales se deriva la conducta considerada como problemática (Hoffman, 1988 citada en Feixas y Villegas, 2000).

En el campo de la terapia familiar, las ideas del constructivismo permitieron a los terapeutas dar más importancia a la construcción mutua de la realidad, que a la búsqueda de la verdad, en los procesos de las familias y los individuos. Estas ideas también marcan la aparición de otra vertiente epistemológica: El Construccinismo Social, también llamado Socio-construccionismo.

1.1.5 CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

A finales de los 80's comenzaron a tomar fuerza entre los teóricos de la Terapia Familiar las ideas derivadas del Construccinismo Social, las cuales surgieron como parte de un desarrollo natural de las ideas constructivistas, e implicaban el supuesto de que los procesos narrativos tenían una presencia general en la cognición humana (Elkaïm, 1996, citado en Zavala, 2007).

Las ideas precursoras de la epistemología socio-construccionista se remontan a la crítica textual y política representada por las ideas desconstruccionistas de críticos literarios como Jacques Derrida derivadas de los pensadores neomarxistas de la Escuela de Francfort. Asimismo, los trabajos del historiador social francés Michael Foucault que volvió a dar preeminencia al concepto de poder con su análisis de la manera en que las relaciones de dominación y sumisión están incorporados al discurso social.

Los construccionistas sociales cuestionan la idea de una verdad única, y dudan que la investigación social objetiva sea posible. Sostienen que no podemos saber que es la “realidad social” y, en consecuencia, que la investigación científica tradicional, con sus tests, sus estadísticas y sus coeficientes de probabilidad son solo una expresión de anhelos. Sostienen que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente”. Mencionan que es solo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. Y lo mismo que los terapeutas familiares y los psicólogos sociales y cibernéticos, el construccionismo se centra más de las redes de relación que en los individuos, y cuestiona la posición de superioridad reclamada por aquellos que actúan según el modelo tradicional (Hoffman, 1996).

Desde la práctica terapéutica resulta de suma importancia que las vidas de las personas sean concebidas como sustentadas en el lenguaje, las narraciones y las historias; ya que entonces la terapia se convierte en un espacio de co-construcción de nuevos significados ubicando a las personas como capaces de re-contar sus historias de una manera que les sea más útil. Según Gergen (2006) los postulados construccionistas han dado lugar a movimientos en la práctica terapéutica: la flexibilidad, la toma de conciencia de la construcción, la colaboración y la práctica en conformidad con valores importantes.

El terapeuta que asume el construccionismo social como base epistemológica de su hacer clínico, debe considerar que las narraciones que dan forma a las experiencias de vida de las personas, son construidas en sus interacciones, es decir, son relacionales. Asimismo, considera que las historias y las relaciones que dan sustento a las primeras, se sitúan dentro de un contexto cultural, el cual posee numerosas normas que regulan el intercambio social, por lo tanto las narraciones nunca son neutrales, estas siempre provienen de algún marco social y político.

El construccionismo social y el constructivismo son confundidos en muchas ocasiones. Ambos se oponen a la idea modernista de que exista un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva, sin embargo, el construccionismo promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada y según ésta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se “golpea” contra su entorno. Por el contrario, los teóricos de la construcción social, creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.

Bertrando y Toffanetti (2004) mencionan que las similitudes en estas perspectivas epistemológicas son: 1) el saber es una construcción de la mente; 2) el conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros y 3) lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto/objeto). Asimismo menciona dos diferencias: 1) para el constructivismo la mente y la realidad construida residen en el sujeto, mientras que para el construccionismo residen en las relaciones sociales y en la construcción de significados a través del lenguaje y 2) para el constructivismo mente y realidad están ligadas a una “ontología” lingüística que denomina como entidad; para el construccionismo participan de las diferentes formas de relaciones.

Después de hacer un recuento de las bases epistemológicas de los modelos de Terapia Familiar describiré cada uno de estos Modelos los cuales no son estáticos ya que se han ido modificando a través del tiempo.

1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA

El marco epistemológico antes revisado, constituye las bases para el desarrollo de los modelos de intervención en la Terapia Familiar. Así se pueden mencionar el Modelo Estructural de Minuchin, la Terapia Estratégica de Haley, el Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas, el Modelo de Terapia Breve Centrado en soluciones, el Modelo de Milán, la Terapia Narrativa de White, el Enfoque Colaborativo y los Equipos Reflexivos de Andersen.

Cada uno de estos modelos forma parte de la Terapia Familiar, sin embargo, poseen especificidades que enriquecen el trabajo con el sistema familiar y con los individuos.

1.2.1 MODELO ESTRUCTURAL

El Modelo Estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra quien nació en Argentina en 1921, en el seno de una familia judía. Al inicio de la década de los sesenta emigró a Estados Unidos, donde se especializó como psicoanalista.

Minuchin se desempeñó como director de la Clínica de Orientación infantil de Filadelfia, adoptando el Modelo de familia nuclear, desarrollado por Parsons, en el cual existe una marcada división estereotipada de los roles en el grupo familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). En esta clínica definió los principales conceptos de su modelo terapéutico al lado de Braulio Montalvo, Jay Haley y Harry Aponte.

Su trabajo muestra la integración de teoría, práctica clínica, investigación y atención comunitaria y a partir de su contacto con las propuestas teóricas de la Terapia Familiar, comenzó a plantear formas novedosas de abordar problemáticas de salud mental, relacionadas con su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Desatnik, 2004).

La familia, es concebida por Minuchin, como un sistema sociocultural abierto en constante transformación, que se desarrolla pasando por ciertas etapas de evolución, las cuales exigen reestructuraciones constantes, a las que se debe adaptar manteniendo su continuidad a la vez que fomenta el crecimiento psicosocial de sus miembros (Umbarger, 1983).

Este autor propone el abordaje de las problemáticas de la familia incluyendo el contexto y la atribución de la responsabilidad compartida entre los miembros, para explicar el

mantenimiento del síntoma, al tiempo que se busca entender como éste actúa para mantener la homeostasis familiar (Desatnik, 2004).

Desde este Modelo se propone que una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados: el subsistema marital mantendrá intimidad entre esposos; el subsistema parental marcará límites que a su vez permitan el acceso de los hijos; el subsistema fraterno estará organizado jerárquicamente, delegando a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad; y finalmente, pero no menos importante, el límite de la familia nuclear debe ser respetado. Los límites establecidos entre cada uno de los subsistemas estarán influidos por la cultura familiar, social y económica (Hoffman, 1987).

Así, para el buen funcionamiento de la familia, se necesita un orden en cuanto a autoridad, es decir, requiere niveles de jerarquía tanto en el sentido de poder como en el de reconocimiento. Para Minuchin (1989), los padres deben tener mayor jerarquía que los hijos dado su papel de cuidadores y criadores en la familia, así el sistema podrá mantener una estructura óptima.

Se plantea entonces, que es a través de la organización y los patrones de interacción que se puede conocer el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de un sistema familiar. De este modo, en el proceso terapéutico de las familias, se hace énfasis en la organización jerárquica y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación, que conllevan los tipos de límites.

Desde la terapia estructural se asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y a las jerarquías, impacta profundamente las transacciones familiares produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma obligando a la familia a estructurarse sobre bases menos patológicas (Hoffman, 1987).

PRINCIPIOS BÁSICOS

Minuchin explica algunos de los principios básicos del Modelo estructural en su libro más representativo “*Familias y Terapia Familiar*” (1989).

Para él la familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos, por lo tanto, la experiencia de cada uno de estos miembros se ve influida por la organización y estructura de cada familia. En este sentido, se considera a los síntomas del paciente identificado, como un recurso para mantener el sistema, o mantenido por el sistema.

La terapia estructural es definida como un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Desde este Modelo la visión de la patología se basa en tres axiomas:

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, ya que, el individuo influye sobre su contexto y a su vez es influido por éste.
2. Las modificaciones en la estructura familiar producen cambios en la conducta y los procesos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta (la del terapeuta) es parte de ese contexto.

Minuchin menciona que la familia no es una organización entre iguales, de modo que los padres deben hacerse cargo de sus hijos. Así, la patología aparece en aquellas familias que se encuentran demasiado enredadas o demasiado desconectadas (Madanés 1982).

Las técnicas utilizadas en este Modelo, están encaminadas a alterar el contexto inmediato de las personas, por lo que sus posiciones cambian, y al cambiar las relaciones entre una persona y su contexto familiar se modifica su experiencia subjetiva.

Al intervenir en la familia, el terapeuta familiar no explora ni interpreta el pasado, ya que el interés principal consiste en modificar el presente. Asimismo, la familia se vuelve el objetivo de las intervenciones, por lo que el terapeuta debe asociarse a este sistema y se utiliza a sí mismo para transformarlo. El terapeuta confía en las siguientes propiedades del sistema:

1. Una transformación en la estructura de este sistema permitirá al menos una posibilidad de cambio
2. El sistema familiar esta organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por lo tanto el terapeuta se une a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que desempeñe mas eficazmente estas tareas
3. El sistema de la familia posee propiedades de autoperpetuación, por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación.

Los principios desde los cuales trabajan los terapeutas estructurales, son de suma importancia, ya que permite analizar como se asume, desde este modelo, a la familia, los síntomas, los problemas etc.

En diferentes obras (Minuchin, 1989; Minuchin y Fishman, 1994) se mencionan los conceptos que sirven para entender a la familia y que son utilizados por el Modelo Estructural los cuales se enlistan a continuación.

Minuchin diferencia entre *estructura* y *estructura familiar*. La primera es entendida como la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico; y la segunda es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Para el Modelo Estructural es de suma importancia observar la estructura familiar desde los *subsistemas*, los cuales son unidades o subpartes del sistema familiar, a través de los cuales la familia se diferencia y desempeña sus funciones. Los individuos y las díadas pueden ser considerados subsistemas, asimismo, estos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Principalmente se observan tres tipos de subsistemas en las familias:

- *Subsistema conyugal*: se constituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee funciones específicas, las cuales son vitales para el funcionamiento de la familia, entre las que se encuentra la complementariedad u la acomodación mutua. Asimismo debe establecer un límite que lo proteja de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular cuando tienen hijos.
- *Subsistema parental*: se constituye al nacer el primer hijo, debe diferenciarse entonces del subsistema conyugal para desempeñar tareas que se relacionan con la crianza y educación de los hijos. Este subsistema debe modificarse en la medida en que crecen los hijos.
- *Subsistema fraterno*: esta constituido por los hermanos y es el primer grupo social en el que los niños experimentan con sus iguales. Este subsistema se organiza dependiendo del sexo y edad de los hermanos.

Al referirse a los subsistemas es de suma importancia observar los *límites*, los cuales se conforman a partir de las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites es proteger la diferenciación del sistema y los subsistemas. Existen tres tipos: claros, difusos y rígidos. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, permitiendo a los miembros de los subsistemas el desarrollo de

sus funciones sin interferencias, pero también permitiendo el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Las *reglas* son patrones de conducta que se repiten constantemente y pueden ser implícitas o explícitas. Los *roles* se refieren a los papeles que se asignan a cada uno de los miembros de la familia, ya sea por tradición, idiosincrasia o cultura, los cuales les ayudan a funcionar al interior del sistema. Asimismo menciona la presencia de *jerarquías* dentro del sistema familiar, las cuales se refieren a la organización en la que unos miembros de la familia tienen mayor peso que otros.

Minuchin hace referencia a la presencia de *alianzas* cuando en la relación de dos personas dentro de una familia, hay unión, apoyo mutuo y tienen intereses compartidos sin estar dirigidos contra nadie. A diferencia de las alianzas la *coalición* es la unión de dos personas contra un tercero, para el mutuo beneficio de los aliados. Las coaliciones dividen una triada en dos compañeros y un oponte.

La *centralidad* se observa cuando un miembro participa en un mayor número de alianzas y acapara la atención de los demás; esto le permite tener más información de lo que ocurre a su alrededor, a expensas de que otro miembro mantenga una posición lejana.

Todas las familias operan a través de *pautas transaccionales*, las cuales son operaciones repetidas de los términos que establecen de que manera, cuando y con quien relacionarse. La *flexibilidad* es la capacidad de cambio que permite la reestructuración de la familia y el desarrollo de los individuos acorde a las demandas internas y externas.

Todos estos conceptos sirven al terapeuta estructural para obtener un diagnóstico de la familia consultante, el cual implica plantear hipótesis que expliquen la relación entre las interacciones que se dan en el contexto familiar y los síntomas de sus miembros (Minuchin, 1989).

TÉCNICAS DE INTERVENCION

La técnica es la vía para alcanzar el cambio y la eficacia de las técnicas depende de la comprensión de la meta del terapeuta.

Existen cuatro estrategias principales utilizadas en la terapia estructural cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las estrategias principales son: técnicas de unión y acomodamiento, técnicas para cuestionar el síntoma, para cuestionar la estructura familiar y para cuestionar la realidad familiar (Minuchin 1989; Minuchin y Fishman, 1994).

Técnicas de unión y acomodamiento

El objetivo de estas técnicas (Tabla 3) se centra en que el terapeuta se relacione con la familia adaptándose para lograr la alianza, ya que la familia se modifica solamente si el terapeuta logra incorporarse a ella de modo sintónico.

Tabla 3. Técnicas de unión y acomodamiento

| Técnicas | Descripción |
|---------------|--|
| Mantenimiento | El terapeuta mantiene las pautas transaccionales de la familia. |
| Rastreo | Se realizan preguntas que clarifiquen las pautas transaccionales, comentarios aprobadores o se estimula la amplificación de información sin cuestionar lo que los miembros de la familia expresan. |
| Mimetismo | El terapeuta utiliza el mimetismo para acomodarse al estilo de la familia y a sus modalidades afectivas, las cuales deben ser implícitas y espontáneas. |

Técnicas de reencuadre o para cuestionar el síntoma

Por medio de estas técnicas el terapeuta cuestiona la definición que la familia da del problema y la índole de su respuesta, con el objetivo de modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a los miembros a la búsqueda de respuestas afectivas, cognitivas y de conducta (Tabla 4).

Tabla 4. Técnicas de reencuadre

| Técnicas | Descripción |
|----------------|---|
| Escenificación | El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que actúen en su presencia las interacciones disfuncionales. Reorganiza los datos poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar. |
| Enfoque | El terapeuta se concentra en un pequeño segmento de la experiencia de la familia e investiga a profundidad este segmento el cual le proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta en otros muchos campos de la vida familiar. Se pone en entredicho el encuadre familiar de la realidad y de los problemas. |
| Intensidad | Las construcciones cognitivas por sí mismas, en raras ocasiones provocan un cambio en la familia, los mensajes tienen que ser “reconocidos” por los miembros de la familia, por lo tanto en ocasiones el terapeuta deberá realizar intervenciones para intensificar mensajes. |

Técnicas de reestructuración o para cuestionar la estructura familiar

El terapeuta aumenta o aminora la proximidad entre los miembros de la familia para dar lugar diferentes modos de pensar, sentir y actuar, los cuales se encontraban inhibidos por la participación en el subsistema. Se cuestiona, entonces, la demarcación que los miembros

hacen de sus papeles y de sus funciones. Las técnicas de las que se dispone para esta estrategia se describen en la Tabla 5.

Tabla 5. Técnicas de reestructuración

| Técnicas | Descripción |
|-----------------------|---|
| Fijación de fronteras | Modifican la participación de los miembros de diferentes holones, regulando la permeabilidad que los separan. Estas técnicas se pueden centrar en la distancia psicológica entre los miembros de la familia y/o a la duración de la interacción dentro de un holón significativo. |
| Desequilibramiento | El terapeuta se utiliza a sí mismo para cuestionar y modificar la distribución del poder en la familia con el objetivo de cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. |
| Complementariedad | Con esta técnica se pretende ayudar a la familia a esclarecer la interdependencia de sus interacciones, utilizando el cuestionamiento del problema, el cuestionamiento del control lineal del sistema familiar y el cuestionamiento del modo de recortar los sucesos. |

Técnicas para cuestionar la realidad familiar

El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece, los reorganiza permitiendo la reaparición de posibilidades nuevas y provoca que los miembros de la familia se vivencian a sí mismos y vivencian a los demás de manera diferente (Tabla 6).

Tabla 6. Técnicas para cuestionar la realidad familiar

| Técnicas | Descripción |
|--|---|
| Constructos cognitivos | El terapeuta debe aflojar la rigidez del esquema preferencial de la familia, desestimar muchos de los hechos que la familia presenta y seleccionar la realidad terapéutica que se dirija a la meta terapéutica. El terapeuta se vale de la utilización de símbolos universales, verdades familiares y el consejo profesional. |
| Intervenciones paradójicas | Son las que, obedecidas, tendrán por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Son utilizadas como instrumento clínico para enfrentar la resistencia al cambio y evitar la lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. |
| Insistencia en los lados fuertes de la familia | Se refiere a comprender y utilizar los elementos que posee cada familia en su propia cultura, convirtiéndolos en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. |

CONSIDERACIONES FINALES

El modelo de terapia estructural resulta una propuesta sistemática, con consistencia teórica y clínica de acuerdo a las bases de la teoría general de los sistemas y la cibernética. Asimismo representa un instrumento valioso para la investigación con familias en el campo psicosocial (Desatnik, 2004).

Se ha mostrado la eficacia del modelo estructural al tratar familias que incluyen por lo menos dos generaciones y en casos de síntomas o problemas con niños o adultos jóvenes que aún viven con su familia de origen. Los conceptos de límites, jerarquías, subsistemas, alianzas, etc. son de gran utilidad con éstas familias. Sin embargo, no se ha obtenido el mismo éxito al trabajar únicamente con la pareja conyugal, cuando en su problemática no intervienen otros subsistemas de la familia (Umbarger, 1983).

Algunas de las críticas hacia este modelo son: el énfasis que hace posición del terapeuta como líder del sistema, ya que puede promover una postura autoritaria (Umbarger, 1983); que la teoría del cambio de Minuchin no deja lo suficientemente claro el uso de las paradojas; que la estructura familiar no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para cubrir las “resistencias”; y que el enfoque estructural parece sencillo pero en realidad es difícil de enseñar (Hoffman, 1994).

1.2.2 MODELO ESTRATÉGICO

El término estratégico ha sido utilizado para referirse al grupo de Palo Alto, sin embargo, Jay Haley fue el primero en designar el término “estratégico” para referirse a cualquier tipo de terapia, en la cual el clínico diseña intervenciones claras y específicas para resolver los problemas que plantean la familias (Hoffman, 1987; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Galicia, 2004).

Jay Haley y su esposa Cloé Madanés son los principales exponentes de este modelo, ambos interesados en los motivos de quienes presentan conductas sintomáticas.

La terapia estratégica es definida por Haley como aquella en la que el terapeuta se hace cargo, en gran medida, de tomar la iniciativa, de buscar identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, examinar las respuestas recibidas para corregir su enfoque y evaluar el resultado para saber si ha sido eficaz. Asimismo manifiesta que la terapia estratégica no es un enfoque o una teoría en particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es

que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1983; Galicia, 2004).

En el modelo estratégico se pueden identificar tres elementos que influyen de manera general y directa: los trabajos del grupo de Gregory Bateson acerca de la comunicación, el enfoque y el acercamiento a las familias de Milton Erickson y las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Galicia, 2004; Haley, 1988).

Jay Haley trabajó con Gregory Bateson y Jhon Weakland sobre problemas de comunicación, fue coautor del artículo sobre el doble vínculo. Como producto de estos estudios se publicaron además diversos trabajos sobre la paradoja en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia (Galicia, 2004; Vargas 2004).

Hacia el año 1953 el equipo de Bateson, se vio influido por los trabajos de Erickson. Quienes más se interesaron en este trabajo fueron Weakland y Haley, por lo que comenzaron a visitarlo semanalmente durante varios años, con el fin de estudiar el tipo de comunicación terapéutica, las estrategias y las ideas acerca de las problemáticas psicológicas y psiquiátricas utilizadas por Erickson, recibiendo de él entrenamiento y supervisión (Vargas, 2004).

La orientación hipnológica es la estrategia utilizada por Erickson para modificar la conducta de las personas, por lo que según el mismo Haley (1983) puede considerarse a Erickson como el maestro del enfoque estratégico, ya que ha contribuido con la utilización de diferentes técnicas hipnóticas en la práctica terapéutica. Según la hipnosis utilizada por Milton Erickson, el terapeuta inicia lo que ocurre en la terapia y diseña un enfoque para cada problema, asumiendo la responsabilidad de influir directamente en las personas (González, 2004).

En 1967, después de su práctica como terapeuta e investigador al lado de Bateson y Erickson, Haley recibe la propuesta por parte de Salvador Minuchin de dirigir la Clínica de Orientación infantil de Filadelfia. Haley (1988) menciona que su orientación hacia la familia y muchos conceptos sobre entrevistas familiares, los debe al trabajo desarrollado en ésta clínica con Minuchin y Braulio Montalvo.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Haley (1988), menciona que el objetivo principal del enfoque Estratégico es solucionar, dentro del marco familiar, los problemas que se le presentan a una persona. La intervención en cada problema se hace con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica.

Desde este modelo se concibe a la familia como una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y quienes juegan los niveles secundarios. Todas las familias recorren un proceso de desarrollo y los problemas, así como los síntomas, aparecen cuando ese proceso se perturba, es decir, cuando el ciclo vital se disloca o interrumpe (Haley, 1983).

A diferencia de otros enfoques terapéuticos, el problema o el síntoma no es depositado en un individuo, sino es entendido como la cristalización de una secuencia de conductas, que tiene lugar dentro de una organización social que comprende a la familia nuclear, a la familia extensa y al grupo de pares. Así el terapeuta, al trabajar con una familia, se considera a sí mismo un miembro más de la unidad social que contiene al problema. (Haley 1988).

Si bien, la conducta inadecuada o el problema se presenta, la mayoría de las veces, por confusiones en la jerarquía familiar, el terapeuta es responsable de reorganizar dichas estructuras desequilibradas mediante diferentes estrategias y tácticas. Según Madanés (1982), existen relaciones de poder en la familia, así como entre el cliente y terapeuta, en este sentido, el terapeuta debe utilizar las herramientas de este poder, para producir cambios.

Los problemas desde este enfoque se entienden como fundamentalmente relacionales, y se abordan desde el aquí y el ahora. Es necesario especificar el problema en comportamientos y tratar solo eso, sin proponerse cambios relativos a entidades menos definidas como la personalidad, el carácter, la conciencia etc. Desde este enfoque el comportamiento observable es el que más cuenta en la terapia, por lo tanto es importante basarse en las observaciones y en las intervenciones directas sobre dichos comportamientos. (Wittezaele y García 1994).

Haley y Richeport (2006), mencionan que la comprensión de uno mismo no es la responsable del cambio, por lo tanto muchos pacientes pueden evidenciar cambios sin tener que comprender. De este modo asumen que la conversación no provoca el cambio, para que se produzca un cambio, es necesario actuar.

El pilar del modelo estratégico es el planteamiento específico de los objetivos particulares de cada caso. El terapeuta y su cliente se ponen de acuerdo en las metas del proceso terapéutico, definiéndolas en términos conductuales que permitan ser alcanzables y evaluadas por ambos. La mirada que se tiene del cliente es que posee los recursos suficientes para enfrentarse a su vida y por lo tanto resolver los problemas que enfrenta (Bertrando, 2004).

El papel del terapeuta es fundamentalmente distinto en comparación con las terapias clásicas. Desde este enfoque el terapeuta debe ser activo desde la primera sesión en la cual intenta inducir información, utilizando maniobras que preparan el terreno para el cambio (Wittezaele y García 1994). Asimismo se hace énfasis en la creatividad del terapeuta, ya que no es posible aplicar el mismo método terapéutico a todos los casos, por lo tanto debe diseñar una terapia para cada caso particular (Haley y Richeport, 2006).

Dado que el papel del terapeuta es directivo, las directivas serán la materia prima del trabajo, las cuales están destinadas a modificar la manera en que las personas se relacionan entre sí y son impartidas de tal manera, que se motive a la familia para que las siga.

Haley retoma en su trabajo el concepto de resistencias, las cuales son concebidas como los obstáculos que surgen en los pacientes al tratar de motivarlos para que cooperen a seguir directivas. Al igual que en la hipnosis, en terapia existen dos tipos fundamentales de resistencia: no ser suficientemente cooperativo y serlo en demasía (Haley, 1983).

Con respecto a la relación terapeuta-paciente desde este enfoque se hace énfasis en la importancia de una “ligazón” entre terapeuta paciente, seguida de una rápida disolución de la misma. Lo que se busca es evitar que el paciente demore o destruya su mejoría para prolongar la relación con el terapeuta. Así el modelo promueve la no dependencia del paciente a la terapia o al terapeuta, ya que si el terapeuta llegara a adquirir una influencia ilimitada sobre la familia, quedaría inserto en el sistema, y la familia estaría dictando las intervenciones del terapeuta (Haley, 1989; González, 2004).

Haley (1989), menciona que la triada es la unidad mínima ideal para el trabajo terapéutico, ya que reconoce que al trabajar con un individuo, sin atender a la familia, se establece una coalición. Al trabajar con una pareja o matrimonio, Haley y Madanés manifiestan que se convierte en una triada, ya que el terapeuta se inserta a la diada conyugal formando un triángulo (Hoffman, 1987).

Haley (1989) menciona que el tratamiento breve se lleva a cabo de una a veinte sesiones terapéuticas, difiere teórica y metodológicamente de la psicoterapia basada en los procesos intrapsíquicos, y tiene por objeto síntomas claramente definidos.

TÉCNICAS DE INTERVENCION

Para Haley (1988), una terapia es exitosa cuando logra dar solución al problema que aqueja a las personas, y para que esto suceda, el terapeuta debe conducirse de tal manera que pueda formularse el problema, pues para que una terapia termine adecuadamente debe tener un buen comienzo, lo cual se logra estableciendo un contrato terapéutico que contenga problemas solubles e identificando la situación social que lo genera y mantiene; esto se logra, a través de la entrevista.

Entrevista

Una entrevista comienza desde el primer contacto telefónico que se hace con algún integrante de la familia, posteriormente en el consultorio la entrevista se divide en cuatro etapas (Haley, 1988; Haley, 1989):

1. Etapa social: el terapeuta procura tener un intercambio social con cada miembro de la familia, observando el estado de ánimo, el tipo de disciplina, la organización etc. tomando provisionalmente estas conclusiones.
2. Planteamiento del problema: en esta etapa se pasa de una situación social a una situación de terapia. El terapeuta debe preguntar porque han venido o que problema los aqueja. Al realizar esta pregunta el terapeuta debe tener en cuenta dos aspectos importantes: el modo en que el terapeuta la formula y a qué miembro de la familia va dirigida.
3. Interacción: Para averiguar cual es el problema se procede en dos etapas: 1) recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar la conversación, 2) hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema.
4. Fijación de meta: El terapeuta solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos problemas deben ser algo computable, observable, medible o que permita detectar de algún modo la influencia que se ejerce en ellos, de manera que al terminar el tratamiento el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no.

La entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, lo cual puede plantear algunas cuestiones como: hacer venir a algún miembro de la familia que sea esencial para la terapia o alguna directiva que puede ser propuesta como tarea para el hogar. Esta tarea puede

ser simple o compleja pero de manera que la familia quede ligada al terapeuta entre las sesiones.

Una vez que han quedado delineados los objetivos, el siguiente paso es la impartición de directivas.

Directivas

El trabajo de Haley se distingue por el uso de directivas, menciona que todo lo que se hace en la terapia constituye un mensaje para que la otra persona haga algo y en ese sentido esta impartiendo una directiva (Haley, 1988). El objetivo de las directivas se centra en que las personas se comporten de manera distinta para que así tenga experiencias subjetivas distintas.

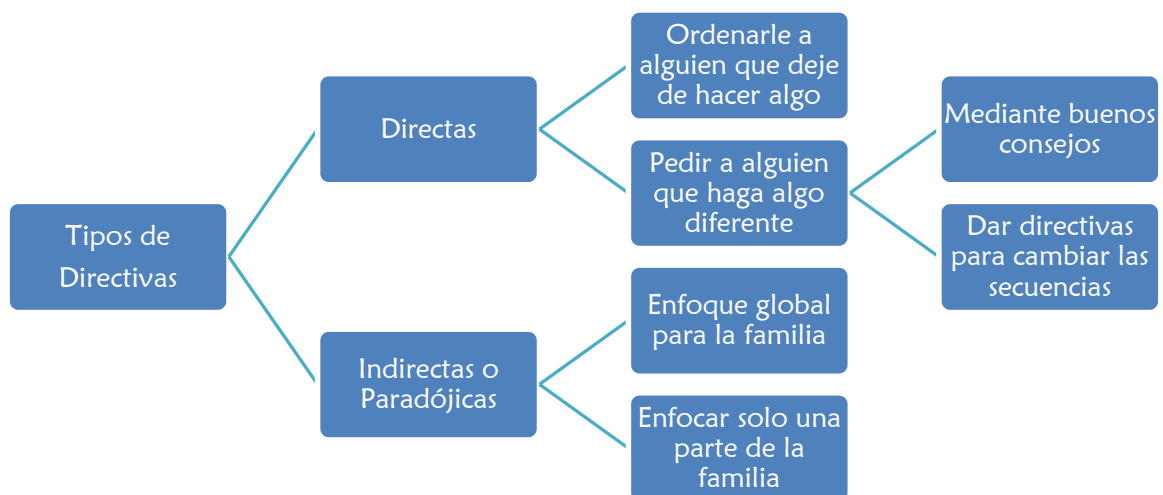
Antes de emitir una directiva, el terapeuta debe cerciorarse que la familia este suficientemente motivada a acatar sus instrucciones. Una vez motivada la familia, las instrucciones deben ser claras, a menos que se tenga la intención de ser confuso.

El empleo de directivas o tareas impartidas en la terapia responden a los siguientes objetivos:

- 1) Hacer que la gente se comporte de manera diferente para provocar cambios
- 2) Intensificar la relación entre terapeuta y paciente
- 3) Obtener información

Según lo planteado por Haley (1988), existen dos maneras de impartir directivas las cuales se observan en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Tipos de directivas



Ordenarle a alguien que deje de hacer algo, es una de las directivas más difíciles de hacer cumplir, aunque no imposible. Para realizarla el terapeuta debe tener reputación de experto y la directiva debe acompañarse de otros mensajes. Asimismo, debe aplicarse en problemas menores o situaciones educacionales, ya que de ser grave el problema, se corre el riesgo de agravarlo aun más.

Dentro de este tipo de directivas directas se encuentran las metáforas las cuales son formulaciones acerca de una cosa que parece otra. Cuando un terapeuta quiere que los miembros de la familia se comporten de un modo determinado hace que se conduzcan de otro modo que, sin ser el mismo, se le asemeje; entonces se portarán “espontáneamente” como él quiere. Para poder impartir una metáfora el terapeuta elige como meta cambiar alguna actividad familiar, como segundo paso escoge una tarea parecida a la conducta que quiere modificar pero que les resulte más fácil a los miembros de la familia; finalmente asigna una tarea dentro de esta actividad, pero que permita alcanzar los resultados deseados (Haley, 1988).

Haley (1988) menciona que los buenos consejos suelen ser inútiles, pues esto es lo que hacen muchas personas, y el problema de este último estriba en que le es imposible realizar lo que le aconsejan. El terapeuta debe utilizar las directivas que provocan cambios en las formas de tratarse entre los miembros de una familia. El modo en que han de impartirse para que sean ejecutadas es cuestión de habilidad y práctica.

Las directivas indirectas o paradójicas, a través de las cuales se les dice a las personas lo que deben de hacer, con el propósito de que no lo hagan, se emplean cuando el terapeuta quiere que la familia se resista a sus directivas y de esta manera cambie

Al tratar de modificar una situación el terapeuta tiende a desestabilizar a la familia, por lo que encontrará resistencia de variable intensidad. Las tareas paradójicas tienen como fin abordar esta dificultad. Existen una serie de pasos para poder realizar una intervención paradójica:

1. Establecer una relación tendiente a provocar el cambio
2. Definir claramente el problema
3. Fijar los objetivos con claridad
4. Ofrecer un plan
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad en la materia”
6. Expresar la directiva paradójica
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual

8. A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite como logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta.

CONSIDERACIONES FINALES

Según Hoffman (1987), la contribución de la escuela estratégica consiste en la creación de un modelo “elegante” y “ahorrativo”. Una de estas contribuciones al quehacer terapéutico, es el procedimiento para seguir los comportamientos en torno a un problema. La otra, según ésta autora es el empleo de técnicas paradójicas.

Sin embargo, este enfoque posee algunos riesgos, sobre todo para los terapeutas principiantes, pues parece sencillo identificar lo que se debe cambiar y lanera como cambiarlo, sin embargo, esto solo es un “atajo” de los terapeutas experimentados quienes tienen una gran comprensión de la complejidad de los procesos que enfrentan, y que gracias a su metodología intuitiva logran redirigir los procesos (Hoffman, 1987).

1.2.3 MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADO A LOS PROBLEMAS (MRI)

Los antecedentes del MRI se ubican en el proyecto de Bateson, el cual inició en 1952 integrado por Jhon Weakland, Donald D. Jackson, William Fry y Jay Haley. Este grupo se ocupó en estudiar los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que se puede dar lugar a las paradojas. Posteriormente, del estudio de esquizofrénicos y sus familias surge la teoría del doble vínculo, la cual es revelada en un artículo escrito por Bateson, Haley, Jackson y Weakland titulado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (Szprachman, 2003; Vargas, 2004).

En 1958 Don D. Jackson consigue un financiamiento para hacer un estudio longitudinal sobre esquizofrenia, lo que se convierte en el antecedente inmediato del Mental Research Institute, el cual fue fundado en marzo de 1959. Durante los siguientes tres años coexiste junto con el proyecto de Bateson; este último llega a su fin en 1962.

El objetivo del MRI se centra en investigar las comunicaciones y la naturaleza de las interacciones familiares con otros sistemas sociales. Inicialmente el grupo estaba formado por Virginia Satir y Jules Riskin, posteriormente se unen Watzlawick, Weakland y Haley. En 1962 los intereses del MRI se centran en la clínica, la formación y la investigación (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El trabajo realizado en el MRI adquiere importancia rápidamente, pues es la primera vez que se crea un centro en el que se investiga sobre la terapia con una comunidad de clínicos. Además, el instituto se encontraba a la vanguardia tecnológica en el campo de la terapia familiar, contando con espejos unidireccionales, grabación en audio y videograbaciones (esta última era una técnica totalmente novedosa en esos años).

Como resultado de las investigaciones que llevan a cabo los miembros de este equipo, comienzan a realizar publicaciones en torno a la práctica terapéutica, lo cual favorece que el MRI se convierta en un reputado centro de investigación, afectando con los conocimientos generados, especialmente a los hospitales y las universidades locales, pero también a terapeutas de otras localidades. Como contribución crucial, el instituto bajo la dirección de Jay Haley, favorece sustancialmente a la creación de la revista "Family process".

El modelo de terapia breve centrado en los problemas, es visto como la más atinada aplicación de las teorías de Watzlawick; quien junto con Beavin y Jackson son considerados como los verdaderos padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

FUNDAMENTOS TEORICOS

Los cuatro pilares teóricos en los que sienta sus bases la terapia breve del MRI son: la Teoría de Grupos, la Teoría de los Tipos Lógicos, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana. Un quinto pilar que sustenta este Modelo, es la influencia de Milton Erickson.

Watzlawick, Weakland y Fish, (1974) mencionan que la Teoría de Grupos ofrece las bases, para pensar en la clase de cambios que se pueden experimentar dentro de un sistema que permanece invariable. Los postulados mas importantes que retoman de esta teoría son entonces, la persistencia y la invariabilidad, que explican porque ciertas situaciones persisten a pesar de que las personas realizan cambios, es decir, entre más cambian, más permanecen iguales (cambios tipo 1).

La Teoría de los Tipos Lógicos brinda las bases para considerar las totalidades o clases compuestas por miembros y enuncia en su axioma principal que cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no puede ser miembro de la misma, de modo que al hacer referencia a éste no pueden usarse los mismos postulados

porque al hacerlo se caería en lo absurdo y en confusión. Así, la teoría de los tipos lógicos explica el cambio, como el paso de un nivel, a otro inmediatamente superior (cambio tipo 2).

Con base en ambas teorías los autores asumen que existen dos tipos de cambio: cambio tipo 1, que tiene lugar dentro de un sistema que permanece inmodificado; y cambio tipo 2, que permite el cambio del sistema mismo.

De la Teoría General de Sistemas que se basa en la concepción de la causalidad circular y de retroalimentación entre causa y efecto, el MRI retoma algunos principios que ayudan a entender como funcionan los sistemas abiertos y cómo para romper un sistema circular de retroalimentación que mantiene un problema es necesario utilizar estrategias focalizadas que ayuden a romper el equilibrio. (Nardone y Watzlawick, 1992). Los conceptos de la Teoría General de los Sistemas que se utilizan en el trabajo con familias según Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) son:

- *Totalidad*: En las familias la conducta de cada individuo se relaciona con la de los otros y depende de ella.
- *No sumatividad*: al analizar a una familia no se analiza la suma de los análisis de sus miembros.
- *Retroalimentación y homeostasis*: Cada familia difiere en sus mecanismos de retroalimentación así como en la naturaleza de entrada.
- *Equifinalidad*: Un mismo fin puede ser alcanzado por diferentes condiciones y en el trabajo con familias es importante tomar en cuenta los procesos del sistema familiar.

Finalmente, la Teoría de la Comunicación Humana enfatiza el estudio de la interacción entre los seres humanos, situando las dificultades entre las personas en el presente y no en el pasado, en el *cómo* y no en el *por qué* de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Dentro de la investigación en torno a la comunicación humana una de las aportaciones más importantes del MRI es la Teoría del Doble Vínculo. Esta teoría afirma que toda comunicación implica la utilización de clases y categorías, centrando el interés en la aparición de síntomas de clasificación en la comunicación, que engendran una paradoja. Se hace énfasis en la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes y su relación recíproca, así como la clasificación de éstos para producir una paradoja.

Finalmente, otra influencia teórica importante en el desarrollo de la terapia del MRI es la desarrollada por Milton Erickson, considerado y conocido como uno de los grandes maestros de la hipnosis. El consideraba que la terapia era una especie de camino para ayudar a los pacientes a extender sus propios límites.

Este autor rechaza la idea de la resistencia y creía en el enfoque de la utilización, donde los síntomas, las creencias rígidas, la conducta compulsiva, entre otros, son elementos que deben ser utilizados como parte de la solución a los problemas de las personas y las familias.

Otro de sus postulados es, la no etiquetación de las familias, ni de las conductas de las personas como patológicas. Para Erickson las personas con problemas tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución. Por lo tanto, la terapia, desde su perspectiva, debe ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente, estableciendo una estrategia para resolver el problema que plantea la familia o individuo, con objetivos muy claros y específicos.

En el proceso terapéutico Erickson utilizaba técnicas de hipnoterapia; incorporaba el humor, la sorpresa y el uso de cuentos y metáforas, las cuales son una influencia clara en el desarrollo de las intervenciones de la terapia Breve del MRI.

PRINCIPIOS BASICOS

El objetivo del modelo de terapia breve es alcanzar un cambio tipo 2 y de este modo reducir o hacer desaparecer la sintomatología, evitando entrar en filosofías o en un análisis de la vida pasada del paciente y centrándose en los problemas que presentan las personas.

Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) indican que desde la terapia breve se observa la existencia de tres modos de enfocar mal las dificultades y esto es lo que genera los problemas:

- 1) Cuando es preciso actuar, pero no se emprende tal acción
- 2) Empezar una acción cuando no se debería emprender
- 3) emprender la acción a un nivel equivocado

Una de las hipótesis principales de este abordaje es que las soluciones intentadas por las personas para resolver los problemas, son las responsables de que éstos persistan. Por lo tanto el proceso terapéutico debe enfocarse en lo que el cliente hace y el resultado que está obteniendo al tratar de resolver su problema.

Con respecto al terapeuta, Nardone y Watzlawick (1992), mencionan que el terapeuta breve no observa a las teorías como verdades irrefutables, sino como hipótesis que pueden corregirse; que su tarea está en ayudar al paciente a resolver su problema y no en la búsqueda de las causas del problema, por lo tanto los procedimientos y el proceso son distintos a las psicoterapias clásicas; y finalmente, un terapeuta breve concibe que para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el actuar, y como consecuencia cambia el pensar del paciente y no a la inversa.

El papel del terapeuta en este modelo se considera como directivo y estratégico. Se debe asumir como responsable de guiar la sesión, dirigir las preguntas, y proponer nuevas tareas, generando que el paciente aprenda nuevos significados y comportamientos alternativos. De este modo, debe prestar atención a los procesos y acciones que le permiten conservar la capacidad de maniobra en la terapia.

Es importante, desde este abordaje terapéutico identificar los tipos de consultantes que piden terapia, ya que esto determina en gran medida el éxito o fracaso de un proceso terapéutico. Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) realizan tres clasificaciones:

- *Terribles simplificadores* quienes actúan como si el problema no existiese
- *Síndrome de utopía* quienes tratan de arreglar un problema que no existe o un problema que existe pero de manera que no es posible
- *Paradojas* se clasifican de este modo las personas al buscar un cambio que no tienen relación con los objetivos que quiere cambiar, es decir, confunde en nivel (desde la teoría de los tipos lógicos) en que desean el cambio.

TECNICAS DE INTERVENCIÓN

Los autores del Modelo de terapia breve centrado en los problemas, mencionan que planificar es necesario, ya que de esto depende la influencia del terapeuta sobre el paciente y la eficiencia para resolver los problemas rápidamente. Aunque difieren en algunos puntos dependiendo del autor de manera general las fases del proceso terapéutico, son las siguientes (Nardone y Watzlawick, 1992):

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica
2. Definición del problema
3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia
4. Programación terapéutica y estrategias de cambio

5. Conclusión del tratamiento.

Estos autores al abordar el tema de las estrategias utilizadas en terapia breve, mencionan que pueden dividirse en dos categorías las cuales se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Estrategias destinadas a solucionar problemas

| Clasificación de estrategias | Tipos de estrategias | Descripción |
|--------------------------------------|---|--|
| Acciones y comunicación terapéuticas | Aprender a hablar el lenguaje del paciente | Una maniobra natural, no artificiosa, que disminuya la resistencia al cambio |
| | Reestructuración | Crear un lenguaje práctico que acceda a una nueva estructura sin cambiar significados |
| | Evitar formas lingüísticas negativas | Evitar la enunciación los relatos del paciente como negativos |
| | Uso de paradojas y comunicación paradójica | Fragmentar los círculos viciosos de soluciones intentadas. |
| | Uso de la resistencia | Prescribir la resistencia del paciente, de modo que las resistencias resulten como un avance |
| | Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico | Utilizar la comunicación indirecta para minimizar la resistencia. |
| Prescripciones de la conducta | Prescripciones directas | Indicaciones claras de lo que el paciente debe hacer. Deben estar encaminadas al cambio. |
| | Prescripciones indirectas | Imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo |
| | Prescripción paradójica | Prescribir el síntoma orillando a la persona a realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable. |

Otro tipo de estrategias son las intervenciones principales y las intervenciones generales. Ambas destinadas a interrumpir las soluciones intentadas (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Las intervenciones principales hacen referencia a las cinco formas de solución básicas empeladas por las personas (Tabla 8). Las intervenciones generales poseen ámbitos mayores de aplicación ya que pueden usarse para una amplia gama de problemas, asimismo pueden utilizarse para preparar el terreno para una intervención más específica o para averiguar si es suficiente con esta para solucionar el problema. (Tabla 9).

Tabla 8. Intentos de solución e intervenciones principales

| Intentos de solución | Intervención |
|---|---|
| Forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo | Se invierte el intento de solución del paciente de superar el problema disponiendo razones y directivas que lo llevan a fracasar en su rendimiento |
| Dominar un acontecimiento temido aplazándolo | Directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea exigiendo, al mismo tiempo, que fracase. |
| Llegar a un acuerdo mediante una oposición | El paciente debe asumir una actitud de inferioridad. Dada la clase de tarea, el terapeuta debe esforzarse en la venta de la misma. |
| Conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación | El terapeuta debe lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque esto implique una actitud de arbitrariedad. |
| Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia | El terapeuta manifiesta que el acusador es quien se equivoca y la única manera en que este puede entenderlo es que el defensor acepte las acusaciones llevándolas a un nivel absurdo. Otra intervención es la llamada “interferencia” |

Tabla 9. Intervenciones generales

| Intervención | Descripción |
|---------------------------|--|
| No apresurarse | Ofrecer razonamientos encaminados a justificar no ir de prisa ya que todo cambio exige una adaptación, así se previenen recaídas al evitar que el paciente se esfuerce demasiado permitiendo que se valore cualquier pequeño cambio |
| Peligros de una mejoría | Puede concebirse como una amplificación de la anterior aunque posee objetivos diferentes y se aplica a determinados tipos de resistencia con el objetivo de que se acelere el cambio o que el paciente no se sienta obligado a exigirse demasiado. |
| Un cambio de dirección | Se lleva a cabo cuando el terapeuta discute con el cliente sin percatarse de ello y cuando las intervenciones no han producido en cambio deseado. |
| Como empeorar el problema | Se suele hacer cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo, ya que es posible causar un mayor impacto ofreciendo una alternativa para que las cosas empeoren |

CONSIDERACIONES FINALES

Las aportaciones del Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas marcan diferencias con otros abordajes terapéuticos. Una de estas distinciones es la percepción de lo no-patológico y no-normativo, abandonando las ideas preconcebidas de lo que debería ser la familia, de este modo no etiquetan a las familias como “disfuncionales” o “funcionales”.

Tampoco utilizan con los clientes diagnósticos psiquiátricos, ya que, según su opinión, oscurecen y distorsionan los procesos en las personas, debido a que, la mayoría de estos diagnósticos son pesimistas y potencialmente dañinos.

La forma de abordar los problemas también es distinta a los métodos clásicos de terapia. En este abordaje, el terapeuta dirige su atención a un problema específico y determinado, atendiendo al circuito interaccional que sostiene el problema, con el objetivo de lograr los cambios deseados. Aunque pareciera una tarea sencilla requiere de mucha dedicación y destreza para que la aplicación logre los objetivos planteados.

Otra diferencia radica en la idea que se había forjado sobre los procesos psicológicos, la cual estipulaba que estos tenían que ser largos y deberían ahondar sobre las causas de los problemas. Desde el enfoque de Terapia breve del MRI se trabaja en un máximo de diez sesiones, manteniendo la atención sobre la solución del problema que le aqueja al consultante (Szprachman, 2003).

1.2.4 MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADO A LAS SOLUCIONES

El modelo de soluciones se clasifica a si mismo como un modelo orientado al futuro, a razón de no interesarse por la génesis de los problemas, ni de como se mantienen, sino de cómo se resolverán (O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Los principales representantes de este enfoque son Steve de Shazer y William O´Hanlon, quienes describen métodos diferentes pero que convergen en su interés por rastrear y acentuar las soluciones, aptitudes, capacidades y excepciones de los consultantes.

Steve de Shazer fue alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, posteriormente trabajó en el MRI y pronto conoce el abordaje de Milton Erickson, el cual influye notablemente en su concepción de los procesos terapéuticos. En 1982 se traslada a Milwaukee, Wisconsin, EUA donde constituye el *Brief Family Therapy Center (BFTC)*. Entre los colaboradores más destacados de este centro se encuentran Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg (Bertrando y Toffanetti, 2004; Espinosa, 2004).

En el BFTC De Shazer busca conciliar las tendencias manipuladoras de las terapias estratégicas con la idea de que “los clientes saben más”. Estos trabajos constituyen la idea fundamental de todo su método: “el proceso terapéutico no es diagnóstico sino curativo”. Esta idea lleva a los terapeutas del enfoque de soluciones, a restarle importancia a la búsqueda del porque y como

ocurren los problemas, enfatizando más la búsqueda de soluciones, que no necesariamente se asocian con los problemas. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Por su parte William Hudson O'Hanlon, quien radicaba en Omaha, Nebraska, nunca se asoció al centro de Milwaukwee, no obstante, desarrolló la *Terapia orientada a las soluciones*, más recientemente nombrada *Terapia de posibilidades* (O'Hanlon, 1999; O'Hanlon 2004).

FUNDAMENTOS TEORICOS

El desarrollo del modelo de terapia de soluciones fue influido por diferentes fuentes, no obstante, como se ha mencionado, los principales precursores fueron Milton Erickson y el *Mental Research Institute (MRI)* (De Shazer, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Desde los inicios de su trabajo, Erickson difería de los modelos ortodoxos de terapia. Él resaltaba las soluciones en lugar de los problemas, dejando de lado los orígenes de los mismos y los diagnósticos patológicos. Según su cosmovisión, la terapia está fundada en el supuesto de que la personalidad tiende a amoldarse si se le da oportunidad, por lo tanto subrayaba la importancia de respetar las capacidades de las personas, ya que poseen los recursos necesarios para hacer los cambios que requieren. Erickson manifestaba la importancia de utilización, la cual consiste en usar todo lo que el cliente le presenta al terapeuta, incluso "resistencias", síntomas, creencias rígidas, conductas compulsivas, etc., como parte de las soluciones al problema. Estas ideas, entre muchas otras fueron aportaciones de Erickson al enfoque de soluciones (De Shazer, 1987; O'Hanlon, 1999; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Sánchez, 2000).

Muchas de las ideas de Erickson fueron retomadas por los colaboradores del MRI, quienes a su vez son precursores del modelo de soluciones. En consonancia con este enfoque, el modelo de soluciones postula la brevedad de la terapia, la orientación hacia las metas, la importancia de intervenir en la pauta, sugerir a las personas que hagan más de lo que funciona y menos de lo que no funciona y la idea del cambio mínimo. No obstante el MRI se centra en la descripción exhaustiva del problema y de las soluciones intentadas ya que sostienen que estas últimas son las que mantienen el problema, lo cual marca una fuerte diferencia entre ambos modelos.

El modelo centrado en soluciones tiene como base la epistemología constructivista. De acuerdo con este planteamiento no existe una realidad única en la cual el terapeuta pueda basarse para imponer al paciente lo que cree que es normal, por el contrario se tiene en cuenta que las personas son quienes conocen mejor sobre sí mismos y sus experiencias,

asimismo poseen lo necesario para que el terapeuta pueda construir una definición viable de la queja, para posteriormente introducir información que favorezca el cambio. Al retomar este planteamiento se hace evidente la diferencia entre los modelos que postulan que el terapeuta debe enseñar a las personas acerca de sí mismas y el centrado en las soluciones (Sánchez, 2000, O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

PRINCIPIOS BASICOS

La idea central del Modelo de Soluciones indica que en el proceso terapéutico es más importante encontrar las soluciones que comprender el problema, por lo tanto dicho proceso no es diagnóstico sino puramente curativo, este cometido lo logra el terapeuta al centrarse en las cosas deseables que están haciendo los clientes, ayudándolos de este modo a descubrir que están recuperando el control de sus actos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Según De Shazer existen algunos principios básicos para el trabajo desde este enfoque (De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 1986:

- La mayor parte de los problemas se desarrollan y se mantienen en las interacciones, por lo tanto las soluciones consisten en cambiar estos modos de interacción
- La tarea de la terapia breve consiste en ayudar a los clientes a llegar a soluciones, ya sea cambiando su comportamiento en las relaciones y/o su interpretación de dicho comportamiento
- La “resistencia” no es la oposición de los clientes ante el cambio, desde este enfoque es redefinida como distintas formas de cooperar, por lo tanto la tarea del terapeuta es encontrar la manera particular de cooperar de cada cliente para promover el cambio (De Shazer, 1984).
- Cualquier comportamiento puede observarse desde diferentes puntos de vista, por lo tanto es posible construir un nuevo y provechoso significado del problema del cliente.
- Sólo es necesario provocar un cambio mínimo, ya que este cambio originará otros que llevara a posteriores mejoras; por lo tanto sólo es preciso establecer un objetivo pequeño y razonable
- El cambio en una parte del sistema provocará cambios en el sistema como conjunto. Por lo tanto no es necesario que se encuentren todos los miembros de la familia o pareja

- No es necesario conocer exacta ni exhaustivamente la queja de los clientes para llevar a cabo una terapia eficaz, ya que lo principal que deben tener en cuenta, tanto el terapeuta, como el cliente es cómo se darán cuenta que el problema está resuelto.

Por su parte O´Hanlon describe algunas otras de las premisas importantes para el trabajo con los clientes desde la Terapia Orientada a las Soluciones (O´Hanlon, y Weiner-Davis, 1989):

- Los clientes poseen de recursos para poder resolver sus quejas y es tarea del terapeuta acceder a estas habilidades y poder utilizarlas
- El cambio es constante, por lo tanto es inevitable
- La tarea del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Son los clientes quienes definen los objetivos, porque los terapeutas no son quienes les enseñan la manera correcta de vivir la vida, sino el cliente mismo
- La resolución de problemas puede ser en un tiempo breve. Por lo tanto pueden ocurrir cambios significativos desde la primera sesión
- Es importante centrarse en lo que es posible y en lo que puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable

Otros principios importantes, que sirven de guía a la terapia breve orientada a las soluciones son el *reconocimiento* y la *posibilidad*. El *reconocimiento* se relaciona con aquellos comportamientos del terapeuta que logran hacer que el paciente se sienta escuchado, validado y respetado. La *posibilidad* se refiere a la introducción y mantenimiento de las posibilidades de cambio y solución. Ambos principios deben estar equilibrados ya que si el terapeuta se inclina más por reconocer el paciente corre el riesgo de cristalizar la impresión que el cliente tiene de su situación. Por el contrario si el terapeuta hace demasiado énfasis en las posibilidades de cambio, el paciente puede reaccionar rechazando éstas posibilidades, sintiéndose sobre exigido (O´Hanlon, 1999).

Finalmente es de suma importancia desde el Modelo de Soluciones, evitar ciertas situaciones, tales como: seguir los objetivos del terapeuta, empezar con un objetivo vago o perderlo de vista; hacer lo que anteriormente no ha funcionado; no atender a las respuestas del cliente y reificar la patología, ya que estas situaciones llevarán indudablemente al fracaso de la terapia (O´Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

TECNICAS DE INTREVENCION

Para el modelo centrado en soluciones es de suma importancia definir el tipo de relación que se establece con el paciente desde el principio del proceso terapéutico. En este sentido se distinguen tres tipos de interacciones las cuales se muestran en la Tabla 10. El énfasis en estas interacciones es útil ya que le recuerda al terapeuta que el resultado del tratamiento depende tanto del cliente como de él mismo (Berg y Miller, 1992).

Tabla 10. Conceptualización de la relación paciente-terapeuta

| Tipo de relación | Descripción |
|------------------|--|
| Comprador | Existe una relación de este tipo cuando terapeuta y cliente identifican un problema u objetivo para trabajar en terapia, asimismo el cliente se ve como parte de la solución y se muestra dispuesto a hacer algo frente al problema. |
| Demandante | Terapeuta y cliente logran identificar un problema u objetivo, no obstante el cliente no se ve a si mismo como parte de la solución debido a que cree que la única solución posible es que “el otro” cambie. |
| Visitante | Terapeuta y cliente no logran identificar un problema u objetivo juntos, debido a que el paciente niega tener alguna dificultad o ubica el problema en otra persona, por esta razón quizás no vea ninguna razón para cambiar. |

Muchas de las situaciones en las que se etiqueta a un paciente de “difícil”, “resistente” o “poco cooperador”, se relaciona con la incapacidad del terapeuta para definir el tipo de relación que se ha establecido entre él y el paciente, y es en este sentido que ésta clasificación cobra importancia. La tarea del terapeuta se centra en distinguir el tipo de relación que ha establecido con el paciente, y si ésta es de tipo demandante o visitante se le debe conducir a establecer una relación de tipo comprador, ya que de otra forma se dificulta el éxito de la terapia.

Para el Modelo Centrado en Soluciones es necesario definir de forma muy concreta los objetivos del tratamiento, los cuales deben surgir del motivo de consulta y deben ser alcanzables y medibles. Asimismo, es indispensable que tanto el terapeuta como el paciente, sepan de manera detallada como van a notar que se han alcanzado dichas metas.

Una de las técnicas más utilizadas por el modelo centrado en soluciones para el establecimiento de metas es la utilización de *La pregunta del milagro*, la cual invita al cliente a imaginar lo que sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Esta técnica debe

realizarse correctamente, con calma, con cierto dramatismo y preparando al cliente. Debido a que ésta pregunta es hipotética, permite que las personas se den la libertad de imaginar un escenario libre del problema. La respuesta a esta pregunta contiene las claves para las soluciones del problema y las metas terapéuticas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Tarragona, 2006).

Otra técnica, utilizada en las primeras entrevistas es la *Escala*. Con esta técnica se puede evaluar: la intensidad del problema, sus expectativas hacia el cambio, la confianza que siente en el cambio, el progreso (puede ser evaluado sesión por sesión), la satisfacción, etc. El terapeuta le pide al paciente, que en una escala en donde 1 es el problema en su grado máximo y 10 la ausencia del problema, indique el punto en el que se encuentra en la actualidad, en donde ha llegado a estar en su peor momento, en que tendría que estar para que sintiera que las cosas van mejor y en que punto tendría que estar para darse cuenta que la terapia ha funcionado (Tarragona, 2006).

La búsqueda de *excepciones* es otra de las técnicas mas utilizadas en este abordaje. Las excepciones son aquellas ocasiones en las que el problema no está presente, o menos frecuente, o menos intenso, aun cuando se presentaron todas las condiciones para que se presentara con la frecuencia e intensidad habitual. Se le pide al cliente que las identifique y se realiza un cuidadoso interrogatorio que permita identificar todo lo que hizo distinta esa situación, esto permite que se establezcan y amplíen las diferencias entre lo que ocurre cuando el problema esta presente y cuando no lo está. Generalmente estas diferencias pasan inadvertidas por las personas, pero son cruciales en el proceso terapéutico (Tarragona, 2006).

El paso siguiente es ayudar a los clientes a encontrar el modo de llegar a los objetivos planteados, para lo cual el terapeuta cuenta con una serie de intervenciones (De Shazer, 1994; Cade, y O'Hanlon, 1993; O'Hanlon, y Weiner-Davis, 1989), algunas de las cuales son descritas en el cuadro 2.11.

Tabla 11. Técnicas principales del Modelo Centrado en Soluciones

| Técnicas | Objetivo |
|--|---|
| Intervención de fórmula | Aumentar la claridad de las metas e iniciar la mejoría en el problema presentado |
| Búsqueda de excepciones | Ayudar a evaluar lo que es diferente en los momentos en los que el problema no está presente aunque pudo haberse presentado |
| Adaptarse al lenguaje del cliente | Al usar las palabras que utiliza el cliente el terapeuta se une a ellos, y puede establecer rapport |
| Encauzar el lenguaje del cliente | Al adoptar en lenguaje del cliente para después encauzar los significados se puede dar giro a la conversación hacia descripciones menos patológicas de la dificultad |
| Adoptar la modalidad sensorial del cliente | Ayudar a que el cliente se sienta comprendido y desarrollar empatía |
| Pregunta del milagro | Se utiliza cuando no parece haber soluciones presentes o pasadas |
| Preguntas presuposicionales | Transmitir a los clientes la idea de que tiene recursos para lograr el cambio |
| Normalizar y despatologizar | Considerar las situaciones del cliente como algo normal y cotidiano produciendo un efecto tranquilizador en el cliente |
| Buscar recursos y soluciones | Advertir lo que la gente ya está haciendo, o hizo en el pasado para resolver su problema |
| Ubicación en una escala | Concentrarse en logros y soluciones y al mismo tiempo explorar una media asumiendo que el cambio es inevitable |
| Enfoque al futuro | Invitar a la esperanza de manera que se transmita la posibilidad de superar las dificultades |
| Tarea genérica | Crear la expectativa de cambio en los pacientes |
| Intervención sobre patrones | a) Intervenir sobre el patrón de la queja: introducir una modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja b) Intervenir sobre el patrón del contexto: alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja |
| Analogías | Utilizar aptitudes y comprensiones de un ámbito de nuestra experiencia para encarar o comprender de otro modo y dar sentido a otras zonas vivenciales |
| Elogios | Validar la experiencia del paciente. Aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. |

CONSIDERACIONES FINALES

Desde este enfoque se interviene en sistemas familiares completos, subsistemas o individuos, considerando a las personas como motivados al cambio en mayor o menor medida.

El punto central de este modelo no es la definición del problema, sino la disolución misma del problema, para lo cual es necesario cambiar las creencias de los clientes, en torno a que las soluciones ineficaces intentadas, son las únicas correctas y que son incapaces de resolver el problema. De este modo, las técnicas utilizadas, están orientadas al sistema de creencias de las

personas para que puedan percibir otras maneras de solucionar los problemas y a su vez se sientan capaces de hacerlo.

La Terapia Orientada a las Soluciones se ha puesto en práctica para la solución de diferentes situaciones. Se han documentado resultados efectivos en el tratamiento de adicciones (Berg y Miller, 1992; Ulivi, 2000), depresión (O´Hanlon, 1999) y en dificultades sexuales (O´Hanlon, 2004).

Finalmente, Bertrando y Toffanetti (2004), mencionan que existen varios motivos por los cuales se comprende el gran interés que suscita este abordaje: por su claridad, la cual no exige una formación larga y compleja, su brevedad, y la prontitud en la observación de resultados al resolver los problemas.

1.2.5 MODELO DE MILÁN

Los antecedentes del modelo se remontan a los trabajos de Mara Selvini Palazzoli, en Milán, Italia. Al estar especializándose en medicina interna, Selvini se enfrenta a los primeros casos de jóvenes anoréxicas, los cuales, despiertan en ella la curiosidad que la lleva a abandonar sus estudios de medicina interna y trabajar como psicoanalista, dedicando varios años al trabajo de la anorexia nerviosa desde este enfoque (Selvini, 1990; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1967 funda el Centro para el Estudio de la Familia precedido por varios acontecimientos: los pobres resultados obtenidos mediante el método psicoanalítico, la influencia de literatura sobre comunicación humana y terapia familiar y un breve viaje informativo de Selvini a los Estados Unidos (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini, 1990). El equipo de trabajo de Selvini se conforma por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, todos ellos psiquiatras con conocimientos de psicoanálisis pero decepcionados de este último.

En los años setenta el trabajo del grupo de Milán fue planteado desde el modelo paradójico. Entre las bases de este modelo encontramos la Cibernética, la Teoría de la comunicación Humana, la Teoría general de los sistemas y los trabajos de MRI. Dadas estas bases, el equipo abandona las ideas mecanicistas-causales y comprende que cada miembro de la familia influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás. En este periodo la hipótesis central establece que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini, 1990)

La pragmática de la Comunicación humana ofrece conceptos útiles para el análisis de la comunicación que serán básicos en la comprensión de las familias sintomáticas y las intervenciones terapéuticas.

Con esta influencia teórica, el grupo conformado por los cuatro terapeutas se reunía dos veces por semana y atendían en promedio dos familias por día. Cada una de las sesiones se dividía en cinco partes:

- I. Presesión: Cuando se trataba de la primera sesión los terapeutas leían la ficha que se había llenado vía telefónica, si se trataba de una sesión subsecuente se leían las notas de la sesión precedente.
- II. Sesión: Duraba cerca de una hora y estaba a cargo de una pareja heterosexual de terapeutas quienes solicitaban la información a la familia y se interesaban por la forma en que la familia suministraba la información, como un índice de la interacción familiar. Tanto los terapeutas como el equipo detrás del espejo observaba las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales, y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas, sin embargo se abstienen de emitir valoraciones y juicios para utilizarlo como guía de la intervención final.
- III. Discusión de la sesión: Los terapeutas se reúnen con el equipo y hablan acerca de la sesión para decidir cómo concluirla.
- IV. Conclusión de la sesión: Los terapeutas vuelven con la familia para concluir la sesión con un comentario final y una prescripción los cuales debían ser paradójicos.
- V. Redacción del acta de la sesión: Nuevamente se reunían los terapeutas con el equipo para discutir las reacciones de la familia al cierre de la sesión y para redactar el acta que contenía los elementos esenciales.

Para 1974 el grupo de Milán se da a conocer internacionalmente con la publicación del artículo *The treatment of children through brief therapy of their parents* en el *Family process*, lo que les proporciona el reconocimiento de los principales investigadores sobre terapia familiar. Es importante señalar que ya en este artículo destacaban la relevancia de la connotación positiva y de los rituales (Selvini, 1990; Bertrando y Toffaneti, 2004).

En el mismo año publicaron *Self-Starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*, un libro en el que se recopila el trabajo del equipo con las familias de pacientes anoréxicas, sus reflexiones, su ruptura con la terapia individual y la adopción de la terapia familiar. En esta obra queda manifiesta la influencia que ejerció Haley a través de su ensayo *The family of the schizophrenic: A model system*, en el estudio de las

pacientes anoréxicas, la utilización del protocolo propuesto por el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, el uso de la pareja de coterapeutas de distinto sexo y la implementación de un método terapéutico basado en el uso de la connotación positiva,(Selvini 1990).

En 1975 publicaron el libro *Paradoja y Contraparadoja*. Esta obra describe el trabajo con 15 familias, con un miembro diagnosticado como esquizofrénico. Posteriormente en 1978 se publicó el artículo “Hipótesis, circularidad y neutralidad”, último título que publicaron como grupo.

Posteriormente a este periodo, que duró de 1971 a 1978, el primer equipo de trabajo se escinde estableciéndose así dos vertientes de trabajo. Boscolo y Cechin se dedican a la investigación sobre la formación de terapeutas y la terapia; Selvini y Prata continúan sus investigaciones sobre las familias y la terapia (Boscolo y Bertrando, 1989; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999)

A continuación se presentarán los supuestos teóricos y las intervenciones de la etapa estratégica del Modelo de Milán que corresponde al trabajo realizado de 1971 a 1978. Posteriormente se realizará un análisis por separado del trabajo de Mara Selvini Palazzoli y de Boscolo y Cechin.

ETAPA ESTRATÉGICA DEL GRUPO DE MILÁN

Esta etapa que abarca de 1971 a 1978y el equipo se encuentra conformado por Mara Selvini-Palazzoli junto con Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes trabajan en el Centro para el Estudio de la Familia.

SUPUESTOS TEÓRICOS DE LA ETAPA ESTRATÉGICA

En sus inicios el grupo de Milán tuvo la Influencia de la Teoría general de los sistemas, la Teoría de la comunicación humana y la cibernética. Basados en estas teorías elaboran la hipótesis fundamental de esta etapa de su trabajo: la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se construyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Esta hipótesis dirige a los autores a otra hipótesis más: las familias que presentan conductas patológicas en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones y por normas peculiares de ese tipo de patología (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1988).

La teoría del doble vínculo (Bateson y cols., 1956) fue vital en la comprensión del síntoma psicótico, basándose en las paradojas emergentes de la confusión de niveles lógicos. Uno de los objetivos de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio al posible surgimiento de configuraciones más funcionales y más flexibles. Tal objetivo era alcanzado a través de la connotación positiva y por medio de los rituales familiares.

La pragmática de la comunicación humana ofreció conceptos adecuados para el análisis de la comunicación, a saber, el concepto de contexto como matriz de los significados, la coexistencia en el hombre del lenguaje analógico y digital, la secuencia en la interacción, la necesidad de definición de la relación y los distintos niveles verbales y no verbales en los que puede darse tal definición, la posición simétrica y complementaria en el vínculo, y la paradoja sintomática y la paradoja terapéutica (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1988).

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ETAPA ESTRATÉGICA

Juego familiar

Fue utilizado de manera intuitiva e informal con la finalidad de producir asociaciones, semejanzas y lenguajes aptos para referir de modo más claro los fenómenos que sugieren ideas de grupo, equipo, individuos, jugadores, posiciones (mando, soldado, ataque, defensa), estrategias, tácticas, etc. (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1988).

Paciente designada

Se utilizaba para designar al miembro de la familia que evidenciaba el síntoma patológico y era una especie de chivo expiatorio del sistema familiar (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Mitos familiares

Es un producto colectivo en el cual han colaborado más de dos generaciones, por lo tanto es un fenómeno sistémico que funciona como piedra angular para el mantenimiento de la homeostasis del grupo que lo ha producido. El mito evita que las relaciones familiares corran peligro de ruptura, desintegración o caos, pero aleja al grupo de la realidad, alejamiento que puede ser llamado “patología” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1988).

Hipótesis

Se consideran el elemento básico para la organización de la información y las que posteriormente delinearán el trabajo realizado. Las hipótesis no tienen que ser verdaderas, sino útiles para dar orden al caos familiar, buscar información y guiar las intervenciones. Al plantearlas se deben relacionar con el problema central de la familia, ayudar a la comprensión del problema y deben ser sistémicas (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1990).

Circularidad

Se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir sus intervenciones teniendo en cuenta la retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que este le ha pedido. Cada miembro de la familia era invitado a describir cómo es la relación de otros dos miembros del sistema en presencia de estos, es decir, se les invita a metacomunicar rompiendo una de las reglas omnipresentes de las familias disfuncionales y basándose en el primer axioma de la teoría de la comunicación humana que se refiere a la imposibilidad de no comunicar (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1990).

Neutralidad

Se refiere al efecto pragmático que provoca el terapeuta en la familia mediante sus conductas. Esto implica que al entrevistar, el terapeuta se alíe temporalmente con uno de los miembros, no obstante, esto cambia cuando se dirige a otro miembro del sistema y de este modo, al final de las alianzas, el terapeuta se encuentra aliado a todos y a ninguno a la vez (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1990).

INTERVENCIONES DE LA ETAPA ESTRATÉGICA

La connotación Positiva

Los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto, aprobando explícitamente la tendencia homeostática de la familia, evitando trazar lineamientos arbitrarios entre “buenos” y “malos”, “sanos” y “enfermos” y a su vez estimulando paradójicamente su capacidad de cambio. Asimismo mediante esta intervención (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin, Prata, 1988; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

La reformulación paradójica

El terapeuta prescribía a cada miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno, colocando a la familia en donde lo que haga esta bien, y así no hay vencedores ni vencidos. Al llevar la paradoja al extremo se establece un doble vínculo terapéutico, permitiendo la disolución del juego familiar (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin, Prata, 1988; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Los rituales familiares

Los terapeutas prescriben a toda la familia una serie de acciones que sustituyen las reglas habituales de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones ni críticas. Estos rituales estaban destinados a enfrentar el mito familiar y/o las reglas del juego que mantienen la conducta patológica, apuntando al nivel analógico y no al nivel digital el cual requiere de un esfuerzo creativo de parte de los terapeutas ya que un ritual eficaz en una familia no puede ser igual de eficaz en otra (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin, Prata, 1988; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

El intervalo mensual

Al principio el trabajo del equipo se hacía en diez sesiones con intervalos semanales, sin embargo la situación de algunas familias las cuales solo podían asistir en intervalos más largos, ofrecieron al equipo la observación de una mejor eficacia de las intervenciones cuando el periodo entre sesiones eran más largos (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin, Prata, 1988; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

El trabajo realizado mediante el método paradójico cosechó resultados asombrosos, años después el equipo de Mara adjudica estos éxitos a lo novedoso del método ya que en lugar de centrarse en el síntoma se indagaba en la historia y en las relaciones familiares dando al paciente designado una connotación de mártir que voluntariamente se ofrecía por el bien de la familia (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

MARA SELVINI PALAZZOLI Y SU EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Después de la separación del primer equipo Mara Selvini Palazzoli junto con Giuliana Prata, permanecieron fieles a la vocación inicial de estudiar a las familias mediante la psicoterapia; de este modo se trasladaron a otra sede que llamaron el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

EL MÉTODO DE LA PRESCRIPCIÓN INVARIABLE

Selvini-Palazzoli y Prata comienzan a trabajar con un método distinto al precedente, el cual surgió del trabajo con una familia difícil y posteriormente lo denominan método de la prescripción invariable. Mediante este método en lugar de variar las intervenciones con las distintas familias, se les daba a las distintas familias una prescripción idéntica, analizando después la respuesta. Al ofrecer a las familias una prescripción invariable, se estructura un contexto repetible para los terapeutas, en el cual se pretende adquirir una mejor comprensión de la conducta patológica (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Con el uso de la prescripción surgen algunos hallazgos recurrentes en las familias que les permite desarrollar conceptos que serán centrales para el entendimiento de las familias y la aparición de los síntomas. Así surgen dos conceptos importantes: el *embrollo familiar* y la *instigación*. Además de estos conceptos surge la construcción de un modelo diacrónico en seis estadios, en el cual el concepto del *estancamiento de la pareja* cobra una importancia relevante (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). Los seis estadios identificados por los terapeutas son los siguientes:

1. El impasse de la pareja conyugal. Es el juego en el cual la pareja, como dos adversarios, parecen destinados a afrontar eternamente una situación de provocaciones sin salida.
2. La intromisión del hijo en el juego de la pareja. Uno de los padres busca la solidaridad del hijo por medio de la seducción encubierta; esta seducción se interpreta como una promesa ambigua, la cual termina por involucrarlo en el juego, así éste toma partido secretamente por el padre que lo ha seducido, pero no asume su defensa abiertamente.
3. La conducta inusitada del hijo. El hijo se da cuenta que su solidaridad con el padre “perdedor” no lo ha alentado a reaccionar por lo que comienza a evidenciar conductas con dos objetivos: desafiar la arrogancia del padre vencedor y mostrar al padre perdedor cómo rebelarse.
4. El viraje del presunto aliado. Si la conducta inusitada del hijo no obtiene ninguno de sus dos objetivos, el padre perdedor toma partido por el padre vencedor contra el hijo, desaprobando sus conductas y hasta castigándolo, pasándose a las filas de aquel a quien el hijo, ingenuamente, consideraba el “enemigo” en común.

5. La eclosión de la psicosis. Ante el fracaso de someter al padre vencedor, traicionado por su cómplice secreto y educado en un ambiente dominado por el *impasse* de sus padres, el hijo no concibe la posibilidad de declararse derrotado por lo que la sintomatología psicótica será el arma que le permita prevalecer.
6. Las estrategias basadas en el síntoma. Ante la cronicidad de los síntomas del hijo, cada miembro de la familia ha organizado su propia estrategia, con el objetivo de mantener el *status quo*.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MÉTODO DE LA PRESCRIPCIÓN INVARIABLE

Embrrollo

Se refiere a la aparente relación privilegiada de un padre con uno de sus hijos, a quien da a entender, de forma encubierta, que lo prefiere por encima de su esposo(a). Según los autores ésta relación no es afectivamente auténtica, pues representa el instrumento de una estrategia en contra del otro cónyuge. Finalmente cuando el hijo “privilegiado” descubre que es utilizado por su padre/madre se siente traicionado, y condenado al silencio desarrolla el síntoma (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1990).

La instigación

La *instigación* se trata de un juego en el que uno de los padres provoca disimulada e indirectamente al otro a través de los hijos, aunque puede darse el mismo patrón entre cualquier otro tipo de triada familiar (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1990; Ochoa, 1995).

El estancamiento de la pareja

La característica principal del estancamiento es el perfecto encaje que se determina entre las necesidades afectivas de los dos *partners*, encaje que hace imposible una disolución de la pareja, incluso en presencia de los elementos específicos de frustración y de insatisfacción que los dos cónyuges experimentan en la relación (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1990).

INTERVENCIÓN. LA PRESCRIPCIÓN INVARIABLE

Esta intervención se estableció con el objetivo de separar los subsistemas parental y filial, introduciendo un mensaje que ayuda a clarificar los límites intergeneracionales, evitando el

mantenimiento del juego de las familias psicóticas (Ochoa, 1995). Esta prescripción en realidad eran dos prescripciones: *la prescripción del secreto* que consistía en no comentar con ningún miembro de la familia acerca de lo tratado durante la sesión con la pareja y *la prescripción de las desapariciones* en la que se les ordenaba a los padres salir de casa aumentando el tiempo de las salidas desde unas horas, hasta días. Además los padres debían llevar un informe detallado acerca de las reacciones de los miembros de la familia (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1990).

EL MÉTODO DE LA REVELACIÓN DEL JUEGO FAMILIAR

En 1982 se conforma un nuevo equipo al lado de Mara Selvini Palazzoli, ahora conformado por Stefano Cirillo, Mateo Selvini y Ana María Sorrentino.

El abandono progresivo de la serie de prescripciones invariables tuvo inicio con la formación del nuevo equipo de Mara seguido por diferentes motivos, a saber: la eficacia del método de la prescripción invariable se reducía a familias con características específicas (familias caracterizadas por un hipercontrol recíproco entre padres y paciente); algunas composiciones familiares no permitían la implementación de la prescripción (cuando solo hay un progenitor o cuando la paciente no vive con los padres); y que un cierto número de familias no seguían la prescripción por lo que se daba por terminado el proceso terapéutico por parte de los terapeutas (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

En este trabajo se determinan siete estadios del ciclo vital familiar, dentro de los cuales se trazaron líneas de desarrollo del proceso relacional patológico de la familia. El primer estadio se representa por la historia de las familias de origen de los padres; el segundo concierne a la formación de la pareja conyugal influida por las precedentes vicisitudes individuales; el tercero incluye las modalidades de cuidado experimentado por el hijo en los primeros años; el cuarto comprende la adolescencia y los primeros comportamientos inadaptados del hijo; el quinto concierne a los aspectos del comportamiento paterno que evidencia la falta de recursos para evitar el ingreso a las toxicodependencias; el sexto describe el encuentro con las sustancias estupefacientes y el séptimo aborda las estrategias basadas en el síntoma (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Al trazar esta subdivisión diacrónica se pone de relieve el presupuesto de que una intervención terapéutica sobre la familia, debe relacionarse con el conocimiento del proceso patológico que caracteriza las relaciones familiares en las diferentes etapas del ciclo vital. Posteriormente,

gracias a las investigaciones, se evidenciaron tres recorridos diferentes en el desarrollo del proceso patológico de las toxicodependencias.

Estos recorridos ayudan a identificar las características trigeneracionales de las familias y sus relaciones de acuerdo a los siete estadios. Así, se identifica que, con respecto a las familias de origen las carencias en la familia de los padres pueden ser reconocidas pero minimizadas (recorrido 1); no reconocidas (recorrido 2); o reconocidas pero instrumentadas (recorrido 3). Estas carencias experimentadas en las familias de origen generan que el matrimonio sea de interés en la dote afectiva (recorrido 1); forzoso, el cual a pesar de la frustración por la carencia afectiva se torna indisoluble evidenciando un estancamiento en la pareja (recorrido 2); o inexistente sin intercambio emocional y con una estructura inercial y causal (recorrido 3). De acuerdo al tercer estadio, la relación madre-hijo se caracteriza por un cuidado remedado, es decir una falta de atención de la madre hacia el hijo (recorrido 1); abandono disimulado o desconocido (recorrido 2); o abandono objetivo (recorrido 3). En la etapa adolescente del hijo sintomático, descrita en el cuarto estadio, se puede caracterizar por la protesta contra la contrariedad de la madre (recorrido 1); protesta contra la indiferencia u hostilidad de la madre (recorrido 2) o por una protesta anticipada en la preadolescencia (recorrido 3). De acuerdo al quinto estadio, que corresponde al paso al padre, se encuentra que el padre rechaza al hijo de la pareja madre-abuela o tiene lugar una intervención maternalizada (recorrido 1); que la intervención de este padre se sitúe en defensa de la madre (recorrido 2); o que se trate de un padre ausente o inadecuado. En el sexto estadio, el encuentro con las sustancias estupefacientes; éste encuentro puede tener lugar con el objetivo de evitar la depresión (recorrido 1); contener la confusión (recorrido 2) o reducir el enfado (recorrido 3). Finalmente en el séptimo estadio que describe las estrategias basadas en el síntoma, estas pueden consistir en la infantilización (recorrido 1); en un pacto entre la esposa y marido o madre e hijo (recorrido 2); o la expulsividad del hijo sintomático (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Como se puede observar se complejiza más el entendimiento de las patologías, ofreciendo las características específicas en cada uno de los siete estadios de acuerdo al recorrido correspondiente: abandono disimulado (recorrido 1), abandono desconocido (recorrido 2) o abandono activo (recorrido 3).

El efecto terapéutico de este método se confía a dos factores: a la reconstrucción del juego familiar y la una serie de indicaciones, ya no paradójicas, sino explícitas y dirigidas al cambio.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MÉTODO DE LA REVELACIÓN DEL JUEGO

Transmisión intergeneracional de la carencia

Son los componentes insatisfactorios de la relación que cada uno de los padres ha tenido con su familia de origen, en la infancia y la adolescencia. Según los autores éstas experiencias repercuten en la formación de la pareja, la cual es elegida con la intención de *compensar* estas carencias y posteriormente, en el trato con sus hijos. En estas parejas el nacimiento de un hijo representa la posibilidad de redefinir el rol padre-hijo (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Minimización de las carencias

Es un mecanismo característico de las familias con un miembro sintomático, ya que les permite amortiguar la relevancia emocional que acompaña a los acontecimientos, sobre todo a aquellos de origen traumático (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

INTERVENCIÓN. LA REVELACIÓN DEL JUEGO

Se reconstruye con la familia su historia emocional y relacional, particularmente en los eventos carenciales. Esta reconstrucción atraviesa todas las fases evolutivas del modelo familiar y se focalizan los siguientes aspectos:

- El malestar padecido pero minimizado en la relación de los padres con su familia de origen,
- la relevancia de este malestar en la elección de pareja (matrimonio de interés, forzoso o inexistente),
- el efecto que los factores anteriores tienen sobre el cuidado de los hijos y del paciente en particular, sea en la infancia por parte de la madre (cuidado remedado, superinversión instrumental, abandono), o en la adolescencia por parte del padre.

Posteriormente, el equipo considera que al utilizar el método de la revelación del juego familiar fueron más inquisidores que terapeutas auténticamente sensibles al sufrimiento de las pacientes y sus familias. Las reflexiones que tiene el equipo incluye todo el desarrollo del trabajo de Selvini-Palazzoli desde sus inicios, estas reflexiones les llevan a adoptar el análisis de la correlación de los síntomas con una cierta personalidad de la paciente y con un cierto tipo de familia. En síntesis, el trabajo se sustenta sobre un tripe polaridad: síntomas-persona-familia (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999).

De este modo en el abordaje con la familia se ayuda a los padres del paciente a revivir algunas de las dificultades que han tenido con sus propios padres y así reinterpretar su desconocimiento de las necesidades afectivas de sus hijos. Se recupera desde el plano psicoanalítico las diferentes personalidades de la anoréxica y basados en el DSM IV se establecen cuatro tipos: los trastornos de personalidad dependiente, borderline, obsesivo-compulsivo y narcisista. El objetivo general con la paciente sintomática se centra en ayudarle a identificar su necesidad, convertirse en protagonista consciente de las vicisitudes que han caracterizado su historia personal, expresando en interacción con las personas significativas de su vida, las propias solicitudes y críticas con un renovado sentimiento del propio derecho y valor. Sin embargo este objetivo se articula de diferente manera según el tipo de personalidad subyacente del paciente (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999).

Como se ha revisado, el trabajo de Mara Selvini Palazzoli desde sus inicios se puede entender como una espiral que da paso a nuevos métodos, los cuales no solo constituían nuevas intervenciones, sino que integraron elementos importantes, no sólo de la Terapia Familiar, sino de la Teoría del apego de Bowlby y el paradigma de la Complejidad de Morán, entre muchos otros; pero siempre recorriendo los mismos puntos: la paciente, la familia, la sociedad y la terapia, estudiándolos siempre desde un nivel más alto y por lo tanto más complejo.

LUIGI BOSCOLO Y GIANFRANCO CECCHIN

Por su parte, después de la división del grupo, Boscolo y Cecchin siguieron ocupados en la formación de terapeutas familiares en el centro que nombraron como Centro Milanés de Terapia de la Familia, en el cual se hacía investigación sobre la formación y la terapia.

En su trabajo desaparecieron las parejas mixtas y la idea de que dos terapeutas atendieran a la familia en el consultorio. Pero aún predomina el concepto de Bateson de visión binocular, es decir debía estar una persona dentro del sistema y otra que pudiera observarla (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

Para estos autores la *formulación de hipótesis* sigue teniendo importancia al atender una familia, no obstante, los conceptos de *neutralidad* y *circularidad* son reformulados. La neutralidad ya no es vista como la ausencia de una postura, sino como un estado de curiosidad; la circularidad es vista como el acceso que considera a la familia y al terapeuta en un proceso que co-evoluciona.

Algunos autores que influenciaron el trabajo de este equipo en esta etapa fueron: Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, y más tarde con Ernest von Glasersfeld.

La aportación que Maturana y Varela hicieron fue la idea acerca de que la realidad surge en el lenguaje a través del consenso, desde esta óptica existen tantas realidades como conversaciones posibles. Von Foerster introduce el concepto de 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 abre el camino a los conceptos del constructivismo radical (Reséndiz, 2010).

Gracias a los resultados de su modelo formativo, a la influencia de la cibernética del segundo orden y al constructivismo, es que su teoría va teniendo cambios significativos en la forma de concebir a las personas, a las familias, a los terapeutas y al proceso terapéutico mismo (Ochoa, 1995; Bertrando y Toffanetti, 2004)

De acuerdo a estas perspectivas epistemológicas el énfasis pasó del comportamiento observado a las ideas, a las teorías, a las premisas personales de los componentes del sistema observante. La familia ya no es vista como una “maquina homeostática” que el terapeuta debía conocer antes para luego reparar, sino se comenzó a prestar más atención a lo que sucedía en la sesión, al intercambio de informaciones, emociones y significados entre terapeutas y clientes. (Reséndiz, 2010).

Además, en esta etapa se introduce un nuevo término: el sistema significativo el cual toma en consideración a todas las personas involucradas en el problema por el que la familia asiste a terapia.

Hacia el final de este periodo Boscolo y Cecchin, ahora influenciados por las ideas de Karl Tomm proponen un incremento a la complejidad del análisis de los sistemas. Proponen seis niveles sistémicos organizados jerárquicamente y conectados por circuitos reflexivos: contenido, actos lingüísticos, episodios, relaciones, biografía interna y modelos culturales (Reséndiz 2010). Debido a que en esta etapa cobra importancia la construcción de significados servirá como puente para la siguiente fase reconocida como la etapa posmoderna.

En la etapa posmoderna del modelo de Milán se incorpora el lenguaje, las historias, y las construcciones sociales. Como resultado los autores piensan en la terapia como una co-creación entre terapeutas y clientes en la que se desarrollan “historias alternativas” y “atribuciones de nuevos *significados* a la realidad compartida” poniendo especial atención en

las *premisas epistemológicas* (incluyendo las de los terapeutas), los sistemas emotivos y las historias de los clientes (Boscolo y Bertrando, 1989; Bertrando y Toffanetti, 2004).

El concepto de curiosidad, anteriormente mencionado, deriva en la noción de *irreverencia*, la cual es una postura que libera al terapeuta, permitiendo su actuación en el proceso terapéutico sin ser víctima de la ilusión de control, permitiéndole incluir ideas que podrían ser contradictorias. Así, la irreverencia como postura, apunta a las ideas de del terapeuta. No a las de la familia (Reséndiz, 2010).

Otro concepto importante en esta etapa es el de *prejuicio*, con este concepto se trata de resolver el dilema entre la condición del terapeuta experto y la impotencia del terapeuta no experto, planteado por el posmodernismo, pues defiende la posibilidad la creatividad del terapeuta al formular hipótesis ligadas al contexto, en lugar de emitir interpretaciones de ideas preconcebidas (Reséndiz, 2010).

Fruto del trabajo de esta etapa están los libros *Ideas perfectas* y *Los tiempos del tiempo* de Cecchin y Boscolo respectivamente, en los que se observa la convergencia de elementos de las distintas fases; algunos de ellos reformulados, otros producto del trabajo de las décadas posteriores (Boscolo y Bertrando, 1989; Reséndiz, 2010).

La fase dialógica representada por Paolo Bertrando tiene como ejes centrales el interés por el espacio relacional, político y discursivo entre las personas, una visión hipotética de los mundos posibles, la atención a la posición del terapeuta dentro del sistema, el interés por la construcción de la relación terapéutica y las tecnologías del ser (Reséndiz, 2010).

Otros autores, han seguido sus propios desarrollos del modelo: algunos Pietro Barbetta a quien se le considera un terapeuta culturalista, especialmente interesado en los procesos conversacionales; Laura Fruggeri reconocida por sus investigaciones acerca de la diversidad en el fenómeno familiar social; Umberta Telfener quien ha aportado una vasta revisión de de los conceptos sistémicos y el pasaje de la visión individual al sistema; Marco Bianciardi interesado en los procesos iatrogénicos de la terapia; Andrea Mosconi que ha aportado al tratamiento de parejas con inclusión de elementos analíticos sin perder el arco de referencia sistémico y Enrico Cazzaniga con su abordaje sistémico del duelo (Reséndiz, 2010).

CONCEPTOS BASICOS DE BOSCOLO Y CECHIN

Hipótesis sistémicas

Se refiere a esquemas explicativos formulados por el terapeuta como intento de responder a las razones de la conducta sintomática o función del síntoma presentado por la familia. Son útiles en promover el proceso de cambio en la medida que permiten al terapeuta conectarse con el sistema familiar sin ser absorbido por él, pues garantizan la presencia activa del terapeuta sin ser absorbido e introducen información en el sistema (Ugazio, 1985).

Contexto y significado

La importancia del contexto es relevante para estos autores, ya que según su postura sin contexto no hay significado. El significado de la acción y el comportamiento, solo es dado por el contexto (Boscolo y Bertrando, 1989).

Sistema significativo

El equipo de terapeutas deja de considerar solamente al sistema constituido únicamente por la familia que asistía a sesión y comienza a considerar a todas las personas involucradas en el problema presentado, a quienes se les reconoce como parte del sistema significativo (Boscolo y Bertrando, 1989).

Irreverencia

Se trata de una postura del terapeuta desde la cual se libera de la ilusión del control. El terapeuta promueve la incertidumbre debilitando constantemente los patrones y los relatos que constriñen a la familia (Reséndiz, 2010).

Prejuicios

Alejado de su connotación negativa, se refiere a los lentes con los que miramos nuestra realidad, los cuales se han construido a través de los años de experiencia relacional (familia, cultura, formación profesional etc.). En el proceso terapéutico, son nuestros prejuicios los que nos llevan a ocupar determinadas posiciones en el sistema (Reséndiz, 2010).

Tiempo

Se refiere a la dimensión temporal (presente, pasado y futuro) desde la perspectiva del sistema terapéutico, la familia, el terapeuta y el equipo de observación. Se considera al sistema como una entidad siempre dispuesta a transformarse en entidades diversas, es decir, dispuestas a

construirse un futuro. Se aleja de una concepción lineal del tiempo y se busca en los significados y las acciones creadas en el presente (Boscolo y Bertrando, 1989).

INTERVENCIONES PRINCIPALES DE BOSCOLO Y CECHIN

Entrevista interventiva

Se considera a la entrevista en sí misma como una intervención, ya que el terapeuta asume que todo lo que hace es potencialmente significativo con el resultado terapéutico eventual; concentrándose más en el propio comportamiento y los efectos que provoca, con el fin de distinguir aquellas acciones que resultan terapéuticas de las que no (Tomm, 1987).

Preguntas circulares

Estas preguntas se plantean para obtener información recursiva: ya sea para los clientes o para el mismo terapeuta, quienes a través de estas preguntas escuchan u cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Las preguntas circulares traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar las premisas personales de los miembros de la familia (Boscolo y Bertrando, 1989).

Preguntas orientadas al futuro

Son preguntas abiertas, sin restricciones ni condicionamientos (salvo aquellos datos de realidad actual) que exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, y sus eventuales diferencias. Tienen una doble función: indagar la capacidad de los clientes para proyectarse al futuro son restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar ese futuro (Boscolo y Bertrando, 1989).

Preguntas hipotéticas

Introducen, con una lógica de norma, diferentes “mundos posibles” y pueden ser dirigidas al pasado o al presente. Estas preguntas permiten el surgimiento de un mundo nuevo posible y el entrevistador puede utilizar esto como herramienta para pasar del modo condicional al modo indicativo para conferirle una posible realidad (Boscolo y Bertrando, 1989).

Preguntas reflexivas

Son preguntas que intentan influenciar al paciente o a la familia y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. Estas

preguntas se plantean con la intención de facilitar la autocuración en un individuo o una familia, activando la reflexividad entre los significados dentro de los sistemas de creencias preexistentes que permiten a los miembros de la familia generar o generalizar por sí mismos los patrones constructivos de cognición y comportamiento (Tomm, 1987).

CONSIDERACIONES FINALES

El Modelo de Milán surge influido por el grupo del MRI, sin embargo, evoluciona en otras direcciones creando formas propias y distintas de entender a las personas y a las familias.

El grupo de cuatro terapeutas unidos por más de diez años, logró la creación de un enfoque de sistemas familiares, que en sus inicios se utilizó con familias de anoréxicas y posteriormente con familias de niños con desórdenes emocionales. El trabajo que llevaron a cabo tanto en el campo de la clínica, como en el de la investigación ha nutrido desde sus inicios este modelo terapéutico.

Como se ha observado, la obra del grupo de Milán siempre esta en proceso, siempre cambiante, sin embargo, hasta ahora, el trabajo de estos autores ha ofrecido, no solo una expresión pragmática de una epistemología verdaderamente circular, sino también nuevas formas de trabajar con familias con problemáticas difíciles.

Este modelo no sólo tuvo frutos en la investigación, el la reformulación teórica y la intervención terapéutica también se coloca en el desarrollo mismo de la Terapia Familiar Sistémica, pues varios autores reconocen que el trabajo de este equipo, sobre todo el reflejado en el Artículo “Hipótesis, circularidad y neutralidad” contribuyó al desarrollo de posturas posmodernas en la intervención terapéutica.

1.2.6 LA TERAPIA FAMILIAR POSMODERNA

La palabra *posmoderno* generalmente hace referencia a una época histórica, a una corriente en las artes y a una corriente crítica en la academia especialmente en las ciencias sociales y la filosofía.

Como movimiento filosófico, el posmodernismo cuestiona la naturaleza del conocimiento, señalando las limitaciones de la epistemología positivista al estudiar y comprender la naturaleza humana. Propone que la identidad no es algo fijo, sino que esta en constante

creación dentro de una red de relaciones y conversaciones con otras personas. Algunos de los principales autores son Jean –Farnçois Lyotard y Paul Feyerabend (Limón, 2005).

La perspectiva moderna parte de la idea de que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. El conocimiento es visto como un “espejo” de la realidad y la función del lenguaje es representar al mundo tal cual es. La propuesta posmoderna postula que el conocimiento se construye socialmente a través del lenguaje, supone que no podemos tener una representación directa y objetiva del mundo, solo podemos conocerlo a través de a través de nuestra experiencia del mismo.

Para el pensamiento posmoderno, el lenguaje ocupa un lugar central pues más que representar la realidad la constituye. En este sentido, las palabras no reflejan lo que las personas piensan o sienten, sino que dan forma a las ideas y a los significados de las experiencias. Estas ideas filosóficas adoptadas en la psicología, han generado cambios en la concepción de los problemas y de los procesos terapéuticos.

Anderson (1997, citada en Tarragona, 2006), menciona que el posmodernismo no se trata de un método terapéutico, sino de un movimiento filosófico que incluye diferentes propuestas, por lo tanto, es mejor pensarlo como una crítica y no como una época.

Las prácticas psicoterapéuticas que emergieron en el contexto del pensamiento posmoderno se encuentran principalmente en tres enfoques: el Reflexivo, representado por Tom Andersen en Noruega; el Enfoque Colaborativo, representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian en Estados Unidos; y el enfoque Narrativo, representado por Michael White y David Epston en Australia y Nueva Zelanda (Lax, 1996; 1997).

1.2.6.1 EL ENFOQUE NARRATIVO

Los principales representantes del Modelo Narrativo son Michael White y David Epston. White en Adelaida, Australia, inicia su carrera como asistente social. Pronto se interesa por la psicoterapia y la aproximación sistémica profundizando en las ideas de Bateson, que lo inician en la semántica de la comunicación y la construcción de significados. Asimismo, se interesa por las ideas de Michael Foucault acerca de la relación entre conocimiento y poder, y por las ideas de Erving Goffman y Jacques Derrida. Todo este bagaje es el que le permite desarrollar una amplia reflexión sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto, que a su vez determinarán su modelo y prácticas terapéuticas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

David Epston se forma inicialmente como sociólogo en Auckland, Nueva Zelanda, posteriormente profundiza en estudios de antropología. Epston afirma que los estudios de antropología y los estudios etnográficos y transculturales son una influencia directa en su práctica terapéutica. Coloca a la terapia fuera del modelo médico, abandonando la metáfora de la enfermedad y definiéndola como un instrumento que ayuda a la familia y al individuo a encontrar las transiciones justas a través de sus propias evoluciones existenciales, respetando la identidad de cada pequeña cultura familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004).

White y Epston comenzaron a trabajar juntos desde los años 80's. Ambos sostienen que es a través del lenguaje, que conocemos y conformamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad, de modo que sabemos lo que conocemos cuando lo ponemos en palabras.

De este modo desarrollan el modelo narrativo, el cual hace especial énfasis a la forma de organizar nuestra experiencia a través del lenguaje, abandonando la idea de estructura o de proceso y haciendo especial énfasis en el significado. Desde ésta perspectiva, la responsabilidad del terapeuta es ser un experto conversacional que facilite la búsqueda de versiones alternativas a las historias saturadas por el problema, sin intentar encajar a las personas en un esquema ya establecido (Rodríguez, 2002).

El objetivo principal desde este abordaje terapéutico es el empleo del lenguaje, provocando una separación lingüística, que distingue al problema de la identidad personal, lo que les permite a las personas tomar iniciativas, a fin de alejarse de la influencia que poseen los problemas sobre sus vidas (Tomm, 1989).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Principalmente son dos los fundamentos de la terapia narrativa: las ideas de Gregory Bateson y las ideas de Michael Foucault. Entre las contribuciones de Bateson se pueden mencionar la importancia que posee la epistemología en el proceso de cómo conocemos o *interpretamos* el mundo, la importancia de la *diferencia que hace la diferencia* y las *pautas* que se interconectan en los sistemas vivos (Tomm, 1989; White y Epston, 1993).

Foucault sostiene que el poder es constitutivo o determinante en la vida de las personas, ya que están sujetas al poder por medio de “verdades” o normas en torno a las cuales se les incita a moldear sus vidas y sus relaciones. Y son estas verdades, las que a su vez, mantienen el funcionamiento del poder. Esta forma de poder en lugar de reprimir, subyuga, haciendo a las

personas *dóviles*, participando en actividades que apoyan la proliferación de conocimientos *globales y unitarios* (White y Epston, 1993).

Para Foucault poder y conocimiento son inseparables. Los discursos de una sociedad determinan qué conocimientos son sostenidos como verdades y aquellos que controlan el discurso, controlan también el conocimiento; pero al mismo tiempo, el conocimiento dominante de un ámbito, determina quién ocupará las posiciones de poder (Freedman y Combs, 2000).

Las ideas de Foucault son puestas en práctica en el enfoque narrativo al externalizar el problema, ya que al hacerlo se identifican los conocimientos unitarios y los discursos de “verdad” que someten a las personas, haciendo posible que se liberen de ellos. Otra de las aplicaciones de estas ideas en la práctica terapéutica es afirmar que *la persona es la persona y el problema es el problema* (Bertrando y Toffanetti, 2004; White y Epston, 1993).

PRINCIPIOS BASICOS

Desde este enfoque, se asume que las personas son seres interpretantes, es decir, interpretan activamente las experiencias conforme se van viviendo, por lo tanto la vida es como un relato o narrativa. No obstante, sólo es posible interpretar las experiencias si se tiene un marco de inteligibilidad que brinde un contexto y posibilite la atribución de significados, este marco lo constituyen los relatos. Estos relatos, son los que determinan qué aspectos de nuestra vida son expresados y la forma de expresión de esas experiencias, es decir, las moldean y las constituyen, por lo tanto vivimos a través de ellos (White, 2002).

En este sentido, White cree que las narrativas según las cuales expresamos nuestras experiencias, no son neutrales, ya que surgen dentro de una cultura dominante, estas narrativas influyen sobre la manera en que las personas conducen sus vidas, esto no equivale a que haya narrativas buenas o malas, pero para algunas personas la cultura dominante tiene efectos restrictivos sobre sus vidas y sus interacciones, de modo tal, que las historias acerca de quienes son, se tornan rígidas (Lax, 1997).

Ahora bien, todas las personas poseen más de un relato acerca de sí mismas, de los demás y de sus relaciones, sin embargo hay uno que prevalece cuando se asignan significados a las experiencias, el cual determinará en gran medida la naturaleza de las vivencias y de las acciones. De este modo, si prevalece la historia saturada por el problema, en el momento de

dar significado a las vivencias, entonces se representará la misma historia, dejando fuera una gran parte de la experiencia vivida (Suárez, 2004).

Ya en el proceso terapéutico, un principio fundamental en el Enfoque Narrativo, es el acercamiento respetuoso y no culposo del terapeuta hacia el consultante, desde esta perspectiva se concibe a las personas como expertos en sus propias vidas. El terapeuta al estar frente a los consultantes deberá asumir una postura de interés genuino sobre los relatos de las personas (White, 2002).

Cuando una persona experimenta problemas por los que puede acudir a terapia, los relatos que hacen de su experiencia, o su experiencia relatada por otros, no representan suficientemente sus vivencias. En este sentido se postula que existen aspectos significativos en sus experiencias vividas que contradigan tales *historias dominantes*. Por lo tanto cuando una persona o familia acude a terapia es útil que se identifiquen o generen *narraciones alternativas*, las cuales permitan relatar nuevos significados más útiles y satisfactorios (White y Epston, 1993).

Para la terapia narrativa las experiencias vividas que quedan fuera del relato dominante son una fuente de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos, de modo que una vez que se identifican estos relatos se invita a las personas a que les atribuyan significados (White y Epston, 1993).

Para lograr lo anteriormente descrito, existen algunas guías principales para el trabajo terapéutico. Cabe mencionar que desde este enfoque, todas las preguntas hechas por los terapeutas son igual de válidas, pues representan caminos diferentes ya que desde esta postura, no existe solo un camino correcto.

HERRAMIENTAS TERAPEUTICAS

En la terapia narrativa el terapeuta se interesa primeramente por los relatos de las personas, por lo tanto, una de las primeras cosas que se hace es tratar de conocer acerca de las experiencias de las personas, esta comprensión es tan relevante para el terapeuta como para el paciente (White, 2002).

Posteriormente, lo que hacen los terapeutas es preguntar acerca de la vida del problema, a su vez se lleva a cabo la *externalización del problema*, es decir, separar a la persona del problema, con la cual se alienta al paciente a narrar la influencia que el problema ha tenido en

su vida y en sus relaciones (White y Epston, 1993). Los autores de este enfoque mencionan que la conversación externalizadora ofrece diferentes ventajas a las personas:

- a) Disminuye conflictos personales frecuentemente relacionados con quién es el responsable del problema,
- b) combate la sensación de fracaso,
- c) ayuda a la cooperación entre las personas en su lucha contra el problema,
- d) abre posibilidades de apartarse de la influencia del problema,
- e) permite afrontar de manera diferente los problemas que parecían no tener solución y
- f) ofrece opciones de diálogo sobre el problema dejando atrás los monólogos.

Un primer paso en la externalización es *nombrar el problema*, dejando que sea el consultante que le de un nombre y que haga una descripción exhaustiva por medio de imágenes o metáforas (Morgan, 2000).

Para lograr sostener conversaciones externalizadoras con los consultantes, el terapeuta puede hacer *preguntas de influencia relativa* las cuales invitan a las personas a centrarse en dos descripciones diferentes en su relación con el problema: la primera se relaciona con la influencia que el problema tiene en la vida y las relaciones de la persona, y la segunda se refiere a la influencia que la persona tiene en el mantenimiento del problema.

En la terapia narrativa la *desconstrucción* adquiere un papel importante. Esta se lleva a cabo al examinar verdades que se han asumido como tales sacándolas de su contexto, cuestionando los efectos de los discursos dominantes en la vida de las personas. Es mediante este proceso, que se abren las posibilidades de liberar a las personas de los relatos dominantes, permitiendo que otras historias alternativas surjan y se desarrollen.

Cuando se logran deconstruir narrativas dominantes, queda expuesto el contexto socio-cultural del cual surgieron, ayudando a la comprensión de cómo es que las personas caen dentro del sistema cultural que privilegia estas narrativas (Lax, 1997).

White menciona que las conversaciones de externalización, en tanto como conversaciones destructivas, son especialmente útiles cuando los problemas de las personas tienen un efecto totalizante en su vida, es decir, cuando los relatos de la gente están saturados por el problema. Sin embargo, algunas personas al llegar a terapia, disponen de otras narrativas del yo y de las relaciones, en este caso la tarea del terapeuta es crear la oportunidad para que las

personas se centren más en estas maneras preferidas del ser y esta re-narración, en sí misma, deconstruye los relatos dominantes de las vidas de las personas (White, 2002).

Otra herramienta utilizada en la terapia Narrativa, es la búsqueda de *acontecimientos excepcionales* o de *resultados únicos*, es decir, aquellos episodios en los que el problema no ha podido influir en la vida de las personas o de la familia. Estos acontecimientos pueden ser *pasados*, los cuales pueden favorecer la creación de nuevos significados en el presente; *actuales*, los cuales ocurren en la sesión terapéutica; o *futuros*, que pueden identificarse al revisar los planes de las personas para liberarse del problema (White y Epston, 1993).

Cuando el terapeuta identifica estos acontecimientos, se le ofrece a la persona la posibilidad de replantear su historia dejando de lado el relato saturado por el problema, y esta historia debe adquirir forma y tomar fuerza. En este sentido White (Morgan, 2000 citado en Zavala, 2007) propone diferentes maneras de lograrlo:

- Conversaciones de remembranza
- Inclusión de coterapeutas expertos (clientes expertos en contender con ciertos problemas)
- Rituales y celebraciones
- Ceremonias de definición con grupos de testigos externos
- Uso de documentos como diplomas, certificados, manuales, notas de la sesión, videgrabaciones, etc.
- Uso de cartas

CONSIDERACIONES FINALES

La terapia narrativa parte de bases epistemológicas diferentes a otros enfoques de terapia familiar, debido a que se sitúa en un marco socioconstruccionista. Esto ha favorecido una posición de cooperación entre paciente y terapeuta, mientras en los modelos anteriores la historia del terapeuta era la más relevante. De este modo, se abandonan las descripciones normativas, motivando tanto a las personas como a los terapeutas, a examinar las construcciones e historias, decidiendo como actuar con ellas (Rodríguez, 2002).

La terapia narrativa implica una manera específica de hablar con las personas acerca de sus vidas y sus problemas, refiere una forma particular de comprender la identidad de las personas, los problemas y los efectos que pueden tener en sus vidas, representando una manera distinta de entender la relación terapéutica y la terapia en sí.

Finalmente, el enfoque narrativo en la práctica de la psicoterapia puede ser utilizado por los terapeutas en problemas como: encopresis, anorexia, depresión, violencia, pérdidas afectivas, problemas de pareja, violencia, esquizofrenia, paranoia, etc. (Tomm, 1989).

1.2.6.2 EL EQUIPO REFLEXIVO

El principal representante del trabajo con Equipos Reflexivos es Tom Andersen, Médico Psiquiatra del Norte de Noruega. En 1974, Andersen obtiene el cargo de profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø. Este se convierte en un acontecimiento significativo, ya que permitió la organización de un grupo de siete profesionales que dirigían sus esfuerzos para evitar la internación de pacientes psiquiátricos. Estos siete profesionales participaron en un programa educacional de dos años en Terapia familiar de orientación sistémica, organizado por la Asociación Psiquiátrica de Noruega. Dentro de este grupo se encontraban Siri Blesvik, Birgit Eliassen, Anne Herzberg, Aina Skorpen, Viadje Hamsen, Odd Nilssen y Tom Andersen (Andersen 1991).

En 1984, en el Hospital Mental de Tromsø se organizó otro grupo de profesionales formado por trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras y médicos y dirigidos por Andersen. Este equipo trató de trabajar en un principio desde el Enfoque de Milán, sin embargo, pronto se encontraron con dificultades tales como que el terapeuta no transmitía las ideas de su consulta hacia el equipo, ni del equipo hacia el consultante; y la lucha en la que cada miembro del equipo trataba de imponer su punto de vista (Andersen, 1991).

Asimismo, Andersen al observar a las familias que se encontraban en un estancamiento, se cuestionaba si sería una buena idea que estas familias, pudieran ver más de cerca el proceso terapéutico. Así, en 1985, gracias a un caso insólito, el equipo se ve motivado a decirle a la familia que el grupo de profesionales que se encontraba detrás del espejo, tenían algunas ideas que podrían ser útiles, y que si les interesaba podían verlos y escucharlos compartir estas ideas. La familia accedió, por lo que encendieron las luces y conectaron el sonido detrás del espejo para que la familia pudiera ver a los profesionales. Esta forma de trabajo se denominó posteriormente “Equipo reflexivo” (Andersen, 1991).

FUNDAMENTOS TEORICOS

En sus inicios el trabajo de Tom Andersen y su grupo de profesionales, adoptaron el Modelo de Milán, el cual se hacía desde una cámara de Gessel, con un grupo de terapeutas que observaban la sesión y casi al final de ésta mandaba mensajes a la familia.

Gregory Bateson hace énfasis sobre la idea de compartir diferentes puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía anteriormente de uno mismo. Retomándolo Andersen menciona que en la percepción de los problemas existen tres tipos de diferencias: la diferencia es tan pequeña que no se percibe, la diferencia es tan grande que no es perceptible y la diferencia es una percepción tan significativa que puede causar desorganización en el sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Maturana indica que no se puede hablar de universo, sino de multiuniverso ya que nuestro mundo tiene posee una gran posibilidad de significados, de modo que, cada una de las personas forma su realidad, realizando una imagen de lo que conoce de ésta y de su actitud ante el mundo. Esta es una idea que retoma Andersen y que se ve reflejada en su quehacer terapéutico (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Otra de sus bases teóricas es la Hermenéutica de la cual Andersen ha tomado el concepto de "*Círculo hermeneúutico*" el cual ha sido discutido ampliamente por Heidegger y Gadamer. Desde este concepto, se sustenta que las conceptualizaciones y las suposiciones que rigen la vida de las personas, se construyen con los significados que le van asignando a sus experiencias. Los seres humanos tienen entonces, ciertos prejuicios acerca de lo que vivimos y una vez frente a la realidad, tomarán los signos que mejor se ajusten a sus prejuicios. Pero si las personas al enfrentar nueva información, asimilan la diferencia, los prejuicios inevitablemente sufren un cambio. Desde esta perspectiva el centro de las personas se ubica en el exterior, es decir, en la conversación con los demás, en la cultura y en el lenguaje.

La aportación del Construccinismo Social al trabajo con los equipos de reflexión, se debe a la idea de que la vida de las personas se sustenta en el lenguaje, las narraciones y las historias. Estas narraciones se forman, y a la vez dan forma a las experiencias de vida, las personas las construyen al interactúan con otros, por lo tanto las historias que dan forma a la vida de las personas son relaciones.

A su vez las historias y las relaciones se sitúan en un contexto cultural, el cual contiene numerosas normas que regulan el intercambio social, debido a esto las narraciones nunca son neutrales.

PRINCIOS BASICOS

Andersen (1995), menciona que los procesos de reflexión en los grupos pueden describirse como alternancias entre conversar con otros sobre temas significativos y sentarse a escuchar las conversaciones sobre estos mismos temas. Esto requiere dos procesos distintos, una conversación con otros la cual es *externa* y la conversación con uno mismo al escuchar hablar a los otros, la cual es *interna*. Estos tipos de conversación tratan el mismo tema de dos formas distintas.

Ahora bien, una idea preponderante desde esta perspectiva terapéutica es la idea de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje, y por lo tanto en la conversación. De este modo, no son las personas quienes le dan forma a sus movimientos, sentimientos y conversación, por el contrario son ellos quienes le dan forma a las personas (Andersen, 1995).

Toda conversación tiene una parte *informativa* y una parte *formativa*. La parte *formativa* permite que las personas expresen sus pensamientos y la parte *informativa* permite que las personas encuentren un significado por medio del lenguaje, lo que permite que se forme el estar en el mundo.

En la práctica terapéutica es importante no perder de vista que las palabras contienen significados que les han sido asignados previamente por la cultura. De este modo las conversaciones terapéuticas pueden convertirse en una herramienta para generar cambios, en la medida en que sea un espacio de co-construcción de nuevos significados, colocando a las personas con la capacidad de contar sus historias de la manera en que les sea más útil (Zavala, 2007).

En el proceso terapéutico se tiene en cuenta la fuerza y la peligrosidad de las palabras, por lo tanto, las conversaciones que se tienen con los consultantes, no están centradas en intervenciones o en la solución de los problema, sino que ponen énfasis en la creación de espacios que permitan que surjan alternativas de estar en el lenguaje y por lo tanto en el mundo (Zavala, 2007).

Andersen (1995), señala que todos tenemos *prejuicios*, ya que es imposible no tenerlos pues se van formando de acuerdo a nuestra experiencia, de modo que, lo que llegamos a entender tiene que ver más con los límites de nuestros prejuicios, sin embargo, cuando estamos por entender algo, existe la posibilidad de ver y oír algo que nunca habíamos visto ni oído antes, de modo que nuestro pre-entendimiento sea matizado y hasta pueda cambiar. Esto es a lo que él llama *Círculo Hermenéutico*.

GUIAS PARA LA PRACTICA TERAPEUTICA

Desde esta perspectiva teórica es importante que desde el primer contacto con el o los consultantes, el cual puede hacerse por teléfono, se hable acerca de la modalidad de trabajo. El terapeuta comentará que la forma de trabajo incluirá a un grupo de expertos situados en otro espacio, quienes observarán el desarrollo de la terapia. La familia podrá ver a este grupo, y tanto ella como el terapeuta podrán pedirle su opinión con respecto a lo observado durante la sesión. Si la familia se niega a aceptar esta forma de trabajo, un solo terapeuta será quien atienda a la familia y consultará al grupo después de la sesión, con el fin de obtener la reflexión del equipo (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Al iniciar la sesión terapéutica Anderson (1991), menciona que la parte mas importante de la conversación entre un terapeuta y un consultante se centra en la pregunta: *“¿Cómo puede haber una conversación significativa entre el sistema fijo y nosotros?”* (p. 61).

Mientras el terapeuta sostiene la conversación con los consultantes, el equipo detrás del espejo escucha en silencio y atentos a sus diálogos internos. Existen dos maneras de cambiar de posición: el entrevistador puede pedirle al equipo reflexivo que le dé sus ideas, o los miembros del equipo pueden hacerle saber que ya tienen ideas sobre la situación. Antes de que el equipo comience a hacerla reflexión, el terapeuta les indica que si la familia desea se pueden relajar y escuchar la conversación, o pueden pensar en otra cosa (Anderson, 1991).

Las reflexiones del equipo deben seguir algunas pautas (Andersen 1991):

- Cada miembro del equipo tiene en mente que existen muchas versiones de los temas que se discuten y que cada persona tiene su propia versión. Esto permite al miembro del equipo sentirse inseguro cuando habla: “no estoy seguro..., puede ser..., podría decirse...” etcétera
- Las reflexiones deben basarse en lo expresado en la conversación y no en algo tomado de otro contexto, por lo tanto deben utilizarse expresiones como: “cuando vi..., cuando escuche...”
- Los miembros del equipo deben tratar de no utilizar connotaciones negativas, expresiones que pudieran parecer una crítica o un juicio
- Cuando el equipo se encuentre en la misma sala que la familia y la terapeuta, se debe enfatizar que no es una conversación con la familia, sino de los miembros entre sí. Es importante que los miembros del equipo se miren entre si mientras reflexionan y que no miren a la familia. Esto

permite que los oyentes se sientan en la libertad de no escuchar, pero también abre el espacio para que atiendan a sus diálogos internos, sin la presión de tener que participar de la conversación

- Las conversaciones deben ser de tipo especulativo, es decir, preguntando más que afirmando, utilizando metáforas, planteando dilemas en lugar de aconsejar o dictar una dirección
- Los miembros del equipo deben omitir aquello que fue demostrado en la entrevista que la propia persona prefiere que no se mencione, por ejemplo un hombre que estuvo tratando de ocultar su ira.

Una vez que el equipo reflexivo termina de hablar, generalmente hablan 10 minutos, a veces un poco más, se cambian las posiciones y la familia habla mientras el equipo escucha. El terapeuta debe comenzar la discusión haciendo la siguiente pregunta: *“¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer un comentario, o hablar?”* (Andersen, 1991, p.80). El terapeuta también puede presentar a discusión las ideas que al él mismo se le ocurrieron mientras escuchaba. La cantidad de cambios que se realizan entre la familia entrevistada y el equipo reflexivo oscila entre 2 y 4, pero eso depende de la situación.

Al final de la sesión se pacta el futuro de las reuniones entre los dos equipos, y será la familia quien decida (Andersen, 1991).

CONSIDERACIONES FINALES

La principal aportación de la práctica terapéutica de los equipos reflexivos, es el vuelco que propicia en los roles entre expertos y consultantes, que hace visible al equipo y a su proceso de formulación de hipótesis, privando al experto de su papel enigmático de experto en resolver problemas. Por otro lado, deja a la vista de la familia, el rol profesional de un grupo ante un consultante con dificultades.

Otra de las aportaciones que hace el equipo reflexivo, es la postura del terapeuta ante el proceso terapéutico de los clientes. En los modelos tradicionales se les dice a la personas como deben ver sus problemas y lo que deben hacer al respecto. Desde esta postura se les muestra a los clientes otras miradas (la del terapeuta y las del equipo) con respecto a su problema y a las posibilidades de solución (Andersen, 1993).

Además, esta modalidad de terapia permite estar en una dimensión dentro-fuera, escuchar y ser escuchados, enriquecer la comunicación y facilitar la interacción entre la familia consultante, el terapeuta y el grupo de reflexión, quienes pueden funcionar como una unidad.

1.2.6.3 EL ENFOQUE COLABORATIVO

Harlene Anderson y Harry Goolishian son los principales representantes del enfoque colaborativo. En 1950, Harry Goolishian, crea la Terapia de Impacto Múltiple (TIM), en la Universidad de Texas, en Galveston, Texas. La TIM, es una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, con el objetivo de ayudar a las familias a crear un proceso de autorehabilitación para enfrentar las crisis de sus hijos adolescentes, en el menor tiempo posible. La terapia era realizada por un grupo multidisciplinario que trabajaban intensivamente con la familia involucrando a miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia (Beltrán, 2004).

En 1977 se establece el trabajo conjunto de Anderson y Goolishian en el Galveston Family Institute, conocido como el “Grupo Galveston”, en el cual trabajaron en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En sus inicios, el grupo Galveston trabajaba con el formato de la TIM, influido también por el MRI, de quienes retomaban el interés del terapeuta en aprender y hablar el lenguaje del consultante, en lugar de que el consultante aprendiera el lenguaje del terapeuta. Este interés por el lenguaje de la familia consultante, fue fundamental para los cambios posteriores en la práctica clínica (Beltrán, 2004).

Como terapeutas familiares, el grupo Galveston, retomó las teorías de los sistemas cibernéticos desde las cuales realizaban su práctica clínica en dicho instituto, sin embargo estas teorías son posteriormente abandonadas y desplazadas por la Hermenéutica y las teorías socioconstruccionistas.

El impacto conversacional propicia en Goolishian un cambio en su pensamiento, pasando de la concepción mecánica de la “ciencia dura” a una posición flexible y fluida basada en la filosofía social. En 1998, publica junto a Anderson “*Human systems as linguistic systems*”, donde desarrollan los puntos centrales de la conversación en terapia familiar. En 1992 la pareja, ya famosa por su trabajo, escribe “*The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*”. Goolishian muere antes de que el artículo sea publicado, heredando Anderson la dirección del Instituto Galveston, manteniendo viva la memoria de Harry (Betrand y Toffanetti, 2004).

FUNDAMENTOS TEORICOS

Una de las bases teóricas para el enfoque colaborativo es el pensamiento batesoniano. Reconocen que la ideas de Bateson acerca de que el contexto relacional y comunicativo es esencial para el significado que damos a las palabras y acciones, fue la idea precursora de la premisa colaborativa en la que señalan que conversación y relación van de la mano (Beltrán, 2004).

De la cibernética del segundo orden retoman la noción de que un sistema esta determinado por el observador. Esta noción se reconoce como una ruptura paradigmática que sitúa a los terapeutas en el proceso reflexivo de la observación, pues este enfoque pone en duda la existencia de una realidad objetiva independiente, así como la dualidad sujeto-objeto, cuestionando, a su vez, la postura del terapeuta (Beltrán, 2004).

En un inicio, el grupo Galveston fue influido por el énfasis que el grupo de Palo Alto hacia en el lenguaje del cliente, utilizándolo como una herramienta terapéutica. Posteriormente, su acercamiento al pensamiento de Humberto Maturana, sobre la biología del lenguaje, y al Construccionismo social y la Hermenéutica, propiciaron el cuestionamiento de las ideas que habían sustentado (Beltrán, 2004)

La Hermenéutica y el Sociocostruccionismo conciben a los sistemas humanos como entidades complejas, integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden. Cuestionan la aplicación de las ciencias físicas y naturales al análisis de los sistemas humanos, considerando que la *pre-comprensión* de tales explicaciones limita la apreciación de la complejidad humana. Ambos examinan los supuestos que mueven a las creencias y prácticas cotidianas, es decir, como producimos y comprendemos a los individuos y a las instituciones sociales; como participamos en lo que creamos vivenciamos y describimos. Para ambos, el lenguaje desempeña un papel central; creencias y prácticas se vinculan con, se crean en y ocurren en el lenguaje (Anderson, 1997).

En el caso de la Hermenéutica, el Enfoque Colaborativo la retoma para señalar que la comprensión de es siempre interpretativa, es decir, no existe un punto de vista privilegiado para observar la realidad, no es posible lograr una comprensión “verdadera”. De este modo, la búsqueda de la verdad pierde relevancia, ya que cada descripción constituye una versión de la realidad, situando la comprensión en el lenguaje, la historia y la cultura (Anderson, 1997).

Del Construccionismo Social, los terapeutas colaborativos hacen referencia a autores como Kenneth Gergen, Jerome Bruner y Jhon Shotter entre otros, para entender como las personas

construyen el conocimiento, señalando que los significados son construcciones, producto de los intercambios sociales, de forma tal, que la manera en la que los individuos conceptúan las cosas, los acontecimientos, las relaciones y a los otros, son el resultado del lenguaje que utilizan, es decir, del dialogo construido socialmente (Anderson, 1997).

SUPUESTOS BASICOS

Desde el Enfoque colaborativo existen dos conceptos centrales, en torno de los cuales se organiza el entendimiento de las personas, y la terapia, estos conceptos son el lenguaje y la conversación. Estos, son utilizados en este enfoque como herramientas para el quehacer terapéutico. De este modo, los terapeutas colaborativos explican que los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. En este sentido la terapia se concibe como un sistema, también de lenguaje, el cual reúne a la gente en una conversación colaborativa que propicie la búsqueda conjunta de posibilidades (Anderson, 1997)

Anderson señala algunas ideas básicas desde las cuales organiza su trabajo clínico (Anderson, 1997, Anderson y Goolishian, 1996):

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y de significado
- El significado y la comprensión se construyen socialmente
- En terapia todo sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto “problema”
- La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la “conversación terapéutica”
- El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación que participa y observa y facilita la conversación terapéutica
- El terapeuta ejercita el arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas
- Los problemas con los que los terapeutas se enfrentan en la terapia, son acciones que expresan las narraciones humanas de tal modo que disminuyen el sentido de mediación y de liberación personal
- El cambio en la terapia es la creación dialogal de una nueva narración y por lo tanto la oportunidad de una nueva mediación

Estas ideas marcan diferencias entre la filosofía y la práctica clínica, en relación a otras propuestas posmodernas, que resultan en un cambio en la concepción del sistema social, proceso terapéutico y de la postura del terapeuta. Estos cambios son descritos por Anderson (1997), en la Tabla 11.

Tabla 11. Cambios en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico y posición del terapeuta en el Enfoque Colaborativo, según Anderson (1997).

| DESDE | HACIA |
|--|--|
| Sistema social definido por una estructura de roles | Sistema basado en el contexto, y producto de la comunicación social |
| Sistema compuesto por un individuo, una pareja o una familia | Sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del lenguaje |
| Organización y un proceso jerárquicos dirigidos por la terapeuta | Postura filosófica terapéutica que invita a una relación y un proceso colaborativos |
| Una relación dualista entre un experto y un no-experto | Una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos |
| Una terapeuta que sabe, descubre y recoge información y datos | Una terapeuta que no-sabe y que esta en la posición de ser-informada |
| Una terapeuta experta y satisfecha que sabe como otros debían vivir | Una terapeuta experta en crear un espacio para el diálogo facilitando el proceso dialógico |
| Una terapia centrada en conocimiento impartido y en la búsqueda de la causalidad | Una terapia centrada en generar posibilidades fiando en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes |
| Una terapeuta segura de lo que sabe (o de lo que cree que sabe) | Una terapeuta insegura para quien el conocimiento está en constante desarrollo |
| Operar desde conocimientos, supuestos y pensamientos privados y privilegiados | Hacer públicos, compartir y reflexionar sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones |
| Una terapeuta intervencionista, con capacidad estratégica y técnica | Una inquisición compartida que depende de las capacidades de todos los participantes |
| Una terapeuta que intenta producir cambios en otra persona s | El cambio como consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa |
| Una terapia con personas bien delimitadas, dotadas de sí-mismos nucleares | Terapia con personas multifacéticas, con sí-mismos relacionales construidos en el lenguaje |
| Una terapia como una actividad que investiga a otros sujetos | Terapeuta y cliente participan como co-investigadores descubriendo juntos |

Una de las herramientas indispensables para establecer una conversación terapéutica es el proceso dialógico, el cual según Anderson (1997), incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica que guía este enfoque:

1. El terapeuta participa en un espacio dialógico consigo mismo y lo mantiene. Esto permite que le de un lugar al otro y no entre en ideas y planes ya formados acerca del cliente, del problema o la solución

2. El terapeuta inicia, facilita y mantiene un diálogo externo con el cliente
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. Este, se facilita gracias al dialogo externo
4. Los clientes participan en diálogos externos entre si. Cuando un individuo comienza a hablar de manera distinta con el terapeuta y consigo mismo, también comienza a hablar distinto con otros
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Los diálogos internos y externos que ocurren dentro del consultorio, propician que los clientes hablen de distinto modo consigo mismos y con otros fuera del consultorio
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. El terapeuta también se lleva consigo las conversaciones y pensamientos que ocurren en el consultorio.

GUIAS PARA LA PRÁCTICA TERAPEUTICA

Para Harlene Anderson (1997) el enfoque colaborativo no se reduce solo a un aprendizaje teórico y técnico, sino que requiere que los terapeutas adopten una postura filosófica que sirva como base para el quehacer terapéutico y como guía en la conversación con cada uno de los clientes.

De este modo en la conversación terapéutica es importante adoptar una postura *dialogal*, la cual propicia una búsqueda mutua de comprensión y exploración acerca de los problemas, como una participación conjunta del terapeuta y el cliente, sin hacer énfasis en producir cambios, sino en abrir un espacio para la conversación (Anderson y Goolishian, 1996).

Ahora bien, el cambio, según esta perspectiva, se obtiene en la creación dialógica de la nueva narración que va surgiendo a medida que el dialogo se desenvuelve. Por lo tanto para poder lograr una conversación que favorezca el cambio, es importante adoptar una postura de “*no saber*” en la que el terapeuta deja de lado sus ideas preconcebidas y se limita a estimular la conversación de los clientes, asumiendo una posición hermenéutica, es decir, de exploración de la comprensión y de la experiencia del cliente. Esta lucha por comprender dentro de la terapia debe convertirse en una acción conjunta entre terapeuta y cliente, permitiendo que este ultimo tenga un espacio y movimiento conversacional, puesto que no tienen que promover, proteger o convencer al terapeuta respecto a sus ideas, lo que a su vez permite que

surjan nuevos significados, los cuales son co-creados entre el terapeuta y el cliente Anderson y Goolishian, 1996).

Para este Enfoque una noción básica en la postura del terapeuta es la *transparencia*, es decir, el hacer públicos sus diálogos internos, sus pensamientos, incertidumbres, saberes, prejuicios, temores, especulaciones, etc., permitiendo que éstos sean reflexionados, cuestionados o rechazados, pero que a la vez puedan ayudar a la que emerjan múltiples voces y perspectivas dentro del proceso terapéutico (Anderson, 1997).

Cabe destacar que ésta postura filosófica, propuesta por el Enfoque Colaborativo tiene el propósito de ser abierta, genuina, apreciativa, respetuosa, invitante y curiosa lo cual cobra importancia al generar una relación terapéutica colaborativa, cooperativa e igualitaria (Anderson, 1997).

CONSIDERACIONES FINALES

Las ideas transmitidas por Anderson y Goolishian dan un vuelco a la concepción sistémica clásica. Desde esta concepción clásica, el axioma principal postulaba que el sistema disfuncional crea al problema, el cual puede ser modificado si se opera y maniobra sobre el contexto. Por el contrario, desde la perspectiva del enfoque colaborativo, los sistemas no crean problemas, el uso del lenguaje referido a los problemas es lo que constituye a los sistemas. Asimismo, cambia la perspectiva en torno a la postura del terapeuta, el cual deja de ser el experto, dando lugar para que sus ideas e intervenciones sean reflexionadas por los clientes, con el propósito de una co-creación de nuevos significados.

La técnica terapéutica desde este enfoque es sustancialmente la capacidad del terapeuta de mantener abierta la conversación entre las partes, de modo que pueda permitir al cliente, decir y pensar lo que aun no ha dicho ni pensado, acerca de su historia.

CAPÍTULO TRES

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica, como parte del Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como objetivo formar profesionistas de alta calidad en el campo de la psicología, a través de una formación teórica y práctica. Esta última se lleva a cabo en diferentes escenarios clínicos, a fin de promover en los residentes una visión integrativa, que permita el abordaje de los problemas interaccionales en los individuos y en los sistemas familiares.

Además de la formación en el ámbito clínico, la residencia impulsa el desarrollo de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada y la formación de actitudes de servicio, acorde con las necesidades sociales.

De manera general, las habilidades que se desarrollan en los residentes son las siguientes:

- Habilidades teórico conceptuales, que consisten en el conocimiento, análisis y discusión de los diferentes modelos terapéuticos
- Habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento que permiten la eficacia en las diferentes etapas de un proceso terapéutico
- Habilidades de investigación y enseñanza para el desarrollo de proyectos investigación cualitativa y cuantitativa, así como el diseño y la aplicación de programas y proyectos de salud comunitaria
- Valores éticos y de compromiso social expresados en una postura de respeto, confidencialidad, compromiso y tolerancia

De acuerdo a lo anterior, en el presente capítulo se abordan las habilidades clínicas, de investigación, de enseñanza, de compromiso y ética profesional adquiridas en mi formación como terapeuta familiar.

1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

El desarrollo de habilidades clínicas y terapéuticas, comprende el conocimiento teórico de los diferentes modelos terapéuticos, así como su aplicación clínica, con el objetivo de dirigir con éxito las diferentes etapas de un proceso terapéutico. De acuerdo con esto, presento la integración de dos expedientes clínicos, los cuales fueron supervisados durante mi estancia en la Residencia de Terapia Familiar.

1.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS

Los expedientes que presento a continuación contienen los datos de las familias (los nombres fueron cambiados, debido al compromiso de confidencialidad), los motivos de consulta, el resumen de las sesiones y las intervenciones realizadas.

Ambos casos fueron supervisados en cámara de Gesell, con el equipo terapéutico detrás del espejo. Las sesiones se componían de cuatro momentos: presesión, sesión terapéutica, salida de los terapeutas para consultar al equipo, y regreso de los terapeutas con la familia para dar el mensaje del equipo.

1.1.1 SRA. FABIOLA CONTRERAS HERNÁNDEZ

Datos Generales

Nombre: Fabiola Contreras Hernández

Edad: 27 años

Escolaridad: Pasante de Licenciatura en Comunicación

Estado civil: Separada

Ocupación: Hogar

Nombre de los terapeutas: Adriana Elizabeth Ibarra López y Claudia Hernández Ledesma

Nombre del supervisor: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Número de sesiones: 9

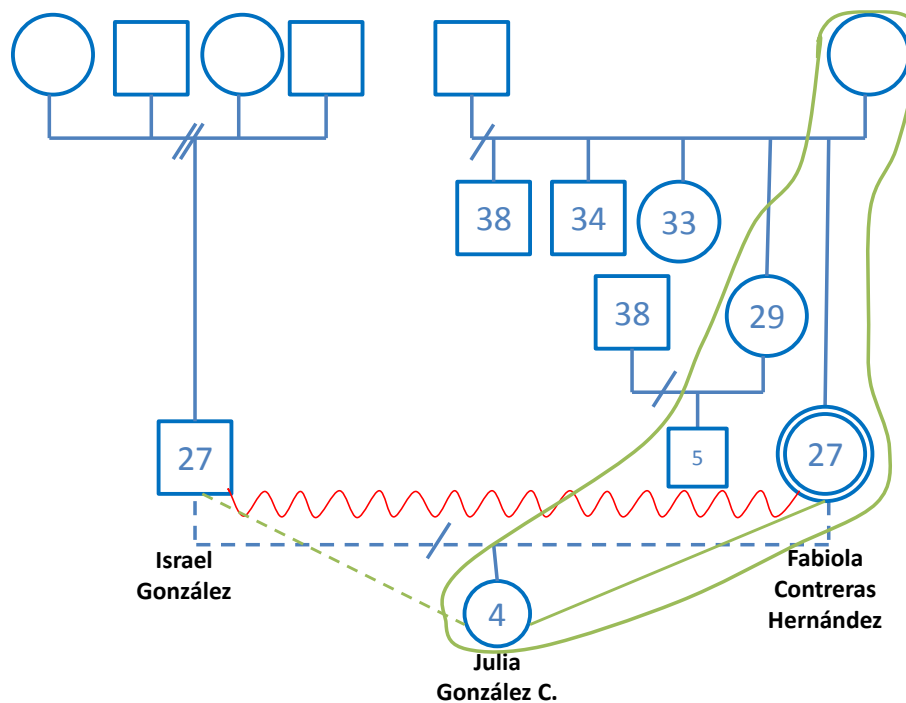
Modelo terapéutico: Terapia familiar sistémica con perspectiva de género

Sede: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Motivo de consulta

Cuando Fabiola, de 27 años de edad, se acerca al Centro de Servicios a solicitar apoyo terapéutico, han transcurrido tres semanas de la separación de su pareja Israel, también de 27 años de edad, debido a que él la violenta. Fabiola e Israel tienen ocho años de relación y desde los comienzos de ésta, Israel ha violentado a Fabiola. Al cuarto año de su relación, Fabiola queda embarazada; en un inicio Israel duda de ser el padre, pero un año y medio después de que nace Julia, los tres comienzan a vivir juntos. Debido a las agresiones perpetradas por Israel, Fabiola se ha separado ocho veces, mencionando que en ésta ocasión ya no desea regresar con él y por eso busca el apoyo terapéutico.

Familiograma



Definición del problema

La relación de pareja entre Fabiola e Israel se ha caracterizado desde su comienzo, por la violencia. Las ocho separaciones y los regresos de Fabiola con Israel muestran la dinámica y la pauta. Fabiola lo describe claramente en la primera sesión, mencionando que todas las veces que se ha separado ocurre un episodio violento, ella se va de casa, lo que ocasiona que Israel la busque y le prometa que no la maltratará y Fabiola regresa. Esta pauta se repite de manera

ritualizada, como escenas que se presentan de manera casi idéntica, a las cuales Fabiola puede identificar, pero no evitar.

En la familia de origen de ambos, la relación violenta de la pareja se ha normalizado, de modo que Israel la ha maltratado delante de ellos. A pesar de esta normalización, la familia de origen de Fabiola forma parte de su red de apoyo cuando se ha separado.

En las separaciones anteriores su pequeña hija, parece aliada con su padre. Sin embargo en esta ocasión ha mencionado que no desea ver a su padre y se niega a salir cuando éste va por ella. Esta actitud de Julia es importante para Fabiola pues se siente apoyada y acompañada por su hija, quien también presenciaba los eventos violentos.

En el 2009 Fabiola recibió atención en el CAVI durante seis semanas, tiempo en el que estuvo separada de Israel, la búsqueda de apoyo para poder separarse de Israel es parte de los recursos que posee Fabiola para hacer frente a esta situación.

Objetivos terapéuticos

En los casos de violencia en la pareja, pretender que las mujeres se separen definitivamente del perpetrador es un objetivo ambicioso. Fabiola transita todavía entre la duda y la seguridad de estar sin su pareja. De este modo las terapeutas, orientadas por la supervisora, y no perdiendo de vista el deseo de Fabiola de separarse definitivamente, plantean el objetivo de “Fortalecer la identidad de Fabiola, promoviendo que se valore y se contemple a sí misma como agente activa de cambio, disminuyendo los sentimientos de incapacidad y dependencia a los demás y aumentando con esto la probabilidad de retirarse de la relación violenta”. Decidir separarse definitivamente de una persona violenta es un proceso que lleva tiempo, y cada uno de los apoyos que ella ha recibido, servirá para el fortalecimiento de su identidad.

Desarrollo del proceso

Etapas iniciales

En las primeras sesiones Fabiola llega media hora antes de la sesión y en las subsiguientes llega de manera puntual, lo que deja observar el interés y compromiso de Fabiola en el proceso terapéutico. En la etapa inicial del proceso Fabiola se limita a relatar la relación violenta mostrándose contenida y poco reflexiva. Se hace acompañar de su hija, mencionando que no

tienen con quien dejarla, debido a que su mamá trabaja. La presencia de la menor provoca inseguridad en las terapeutas al abordar y ahondar sobre el tema de la violencia, lo cual se externa con la paciente, sin embargo, Fabiola menciona que su hija ha sido testigo de las agresiones que ella ha vivido, por lo tanto no existe problema en la presencia de su hija durante las sesiones.

Los tipos de violencia que Fabiola ha recibido por su pareja son: psicológica, física, emocional y sexual. Su mamá, su hermana, su hermano menor y un primo conforman su red de apoyo, a ellos ha recurrido las ocasiones que se ha separado.

Fabiola recurrió a CAVI hace un año, lo hizo durante un periodo de seis semanas, en el que se mantuvo separada de Israel, sin embargo, dejó de asistir debido a que regresó a vivir con él. Esta situación le avergüenza, sin embargo en su discurso se observan elementos trabajados en ésta institución que le ayudan a ser más reflexiva acerca de su relación de pareja, identificando mediante “el círculo de la violencia” cada una de las etapas por las que pasa. Gracias a este trabaja ella identifica que todas las veces que se ha separado de Israel han sido idénticas: se da lugar al episodio violento, ella se va de casa e Israel comienza a llamarle por teléfono muchas veces, Fabiola siente la necesidad de contestarle, de verlo y estar con él, de manera que cuando Israel promete que no volverá a pasar y que esta dispuesto a ir a terapia ella decide regresar con el.

El deseo de Fabiola al asistir a terapia, es poder separarse definitivamente de Israel. Identifica que antes sentía la necesidad de verlo y cuando esto sucedía ella sentía “mariposas en el estomago”, pero que ahora siente odio y coraje por lo todo lo que le ha soportado.

La alianza que existe entre Julia y Fabiola, hace que ésta se sienta acompañada y apoyada. A diferencia de las otras separaciones en las que Julia pide ver a su papá, en esta ocasión Julia se niega a verlo y menciona que no desea hablar con él, como si le estuviera demostrando a su mamá lo que ella debe hacer.

Al relatar el evento violento más relevante para Fabiola, menciona que en una ocasión discutió con Israel y la golpeó, y lo mas significativo fue que esto sucedió el 8 de marzo del 2008, recuerda el día exacto porque se conmemora el día de la mujer, lo que fue muy confrontante para ella. Otro evento que menciona, del cual no recuerda la fecha, fue cuando en una ocasión Israel la

estaba golpeando y su hija, Julia se sentó en unos escalones a mirarlos, mientras se comía unas palomitas, este evento fue significativo pues no desea que su hija siga presenciando las agresiones.

Durante este periodo de separación Israel ha buscado a Fabiola, ya sea llamándole a su celular o cuando quiere ver a Julia.

Fabiola todavía transita entre la duda y la seguridad de la separación. Se observa molesta al hablar de la situación de violencia, sin embargo, el contacto que mantiene con Israel, y la importancia que tiene él en su vida la siguen colocando en la indecisión.

Etapas intermedia

Fabiola se muestra más reflexiva, menciona que desea “encontrarse a sí misma”, como si en algún punto de esta relación se hubiese perdido. Identifica que parte de las ideas que provocan que ella regrese con Israel es lo que llama “el chantaje a sí misma”. Con esto se refiere al deseo de formar una familia tradicional, el deseo de vivir en pareja y el deseo de “darle un padre a Julia”.

Identifica esta viviendo el duelo por la pérdida de sus idealizaciones las cuales había tratado de alcanzar todos estos años. Estos ideales son: tener una familia tradicional, pues para ella es difícil concebir la idea de familia sin la presencia de un padre; y tener una pareja que la ame y se preocupe por ella. Fabiola ha tenido que renunciar a estas idealizaciones pues se da cuenta que tratar de alcanzarlas ha provocado que ella se mantenga en la relación violenta.

Fabiola habla de la importancia que tiene para ella la idea de “darle un padre a Julia”. Identifica el peso cultural que tiene el hecho de que una mujer se “sacrifique por su familia”, sin embargo comienza a mirar que la relación violenta con Israel, no es el ejemplo que quiere darle a su hija. Habla acerca de la tristeza que le provoca no tener la familia que soñaba y la desilusión que este hecho le provoca.

Ante las pérdidas de estos ideales Fabiola menciona el deseo de “reconocerse como persona” reconocerse de una manera distinta a la idealizada, como madre esposa y mujer. Estos conceptos están atravesados por las ideas culturales y dada la situación en la que se encuentra, en donde se mira frente a estos ideales derrumbados, habla de la tristeza, el dolor y el coraje que esto le provoca y se ve en la necesidad de construir nuevamente su identidad.

Un factor importante que mantenía a la paciente dentro de la relación violenta, era la dependencia económica, pues ella no trabaja, lo que evidentemente la hacía dependiente de

Israel. Al comenzar a hablar acerca de su identidad como mujer comenzó a recordar las metas que se había planteado hace tiempo y que no había podido alcanzar. Una de estas metas es titularse, sin embargo para poder hacerlo necesitaba recursos económicos, lo cual la llevaba a ver la necesidad de trabajar. Durante las sesiones emerge el deseo de Fabiola de buscar empleo y poder titularse. Aunque ya lo vislumbra como algo importante para ella, aun no pasa al acto.

Durante esta etapa del proceso se sigue acompañando de su hija, quien en ocasiones sale a jugar con una terapeuta que es parte del equipo que se encuentra detrás del espejo. Habla también de su papel de madre mencionando que Julia se ha mostrado rebelde, sin embargo puede resolver estas situaciones sin caer en maltratos hacia la menor, en este sentido se observa como una madre competente.

Fabiola se siente mas decidida a no regresar con Israel, menciona que en una ocasión iba en el coche con él y comenzó a seducirla hablándole de sexo, lo que provocó que ella molesta se bajara del coche y se retirara caminando. Habla del coraje que siente cuando recuerda las ocasiones en las que Israel la violentaba, este coraje le sirve para separarse emocionalmente de Israel, para marcar una distancia. Sin embargo, la presencia y la importancia que tiene Israel en su vida se evidencian en la frecuencia de los encuentros, los cuales siempre ocurren con el pretexto de asuntos relacionados con su hija. Además en todos los encuentros Israel le ha pedido a Fabiola que regrese con él, proposición que todavía parece ser importante para ella.

Ha pensado en vengarse de Israel, aunque menciona que no es una idea que le agrade. Esta idea surge, ya que una amiga le sugiere que regrese con él pero solo para “sacarle todo lo que pueda” y después dejarlo. Fabiola menciona que eso no va de acuerdo con sus valores. La idea parece interesarle debido al coraje que ahora siente, pues Israel ha comenzado a hacer cosas que cuando estaban juntos nunca hizo, como comprar muebles para su casa. Esto le produce mucho coraje pues dentro de sus significados la compra de muebles representa construir la familia que siempre había deseado. Se habla una vez más de la utilidad del coraje y el enojo, para Fabiola son como herramientas que le ayudan a no dejarse convencer para regresar con Israel, y a estar en una posición diferente frente a él.

Un factor importante que ayudó al fortalecimiento de la identidad de Fabiola, fue que Alexis, un pretendiente que tenía desde hace tiempo, volvió a buscarla y ha salido con él un par de veces. Aunque Fabiola parece no tener mucho interés en esta relación, el hecho de sentirse deseada, le hace pensar en si misma de manera distinta.

Etapas final

Entre la etapa intermedia y final del proceso de Fabiola se atraviesa el periodo vacacional de la institución. Al presentarse después de este periodo se ve físicamente distinta, se ha teñido el cabello y se ha maquillado. Sus actitudes también son distintas, se observa una Fabiola más segura, más activa y sonriente. Asiste puntualmente a la sesión y ahora no acude Julia, pues salió de paseo con su abuela materna.

Fabiola menciona que murió su abuela, evento que provocó que Israel se quedara a vivir con ella quince días, pero después de esos quince días ella lo corrió. Uno de esos quince días en los que Israel estuvo en la casa de su mamá, Alexis fue buscarla, sin embargo ella lo corrió. Después de correrlo se sintió muy triste, confundida y con coraje, pues pensaba que ha dejado escapar cosas, personas y acontecimientos importantes en su vida por seguir al lado de Israel, sin embargo ya no desea que esto siga ocurriendo por lo que decide renunciar a Israel como pareja conyugal.

Estos acontecimientos muestran una Fabiola más decidida a la separación, además muestra más claridad en cuanto al establecimiento de tiempos y fechas para que Israel visite a Julia. Este paso es importante ya que con anterioridad, Israel llegaba en cualquier momento con el pretexto de ver a su hija, pero terminaba hablando con Fabiola para que regresaran como pareja.

Fabiola falta a la penúltima sesión debido a que ha comenzado a trabajar en una empresa donde realizan encuestas, en la siguiente sesión menciona que le gusta su trabajo ya que tienen gente a su cargo y económicamente le hace sentir más autosuficiente. Sin embargo, Fabiola todavía se muestra ambivalente entre la añoranza de estar con Israel y la necesidad de dejarlo, además se siente confundida pues él la sigue buscando y pidiéndole que regrese, aun cuando Fabiola se ha enterado que ya tiene otra pareja e Israel está tratando de integrar a Julia como su “nueva familia”.

Menciona que el trabajo le ha dado más seguridad, se ha dado cuenta de que no necesita a Israel para “salir adelante”, sin embargo se muestra preocupada por que ahora pasa menos tiempo con Julia.

A pesar de que no se pudo hacer una sesión de cierre con Fabiola, debido a su inasistencia, según menciona ella por cuestiones laborales, se logró el fortalecimiento de su identidad, posibilitando que ella mirara sus capacidades y potencialidades, promoviendo que se valorara y se contemplara

a sí misma como agente activa en el proceso de cambio, disminuyendo los sentimientos de incapacidad y dependencia.

Técnicas de intervención

Durante el proceso terapéutico se integraron diferentes técnicas provenientes de diferentes modelos de la Terapia Familiar Sistémica, teniendo en cuenta la perspectiva de género. A continuación se mencionan cada una de las técnicas utilizadas en el proceso descrito:

- **Contención:** Es una técnica utilizada en diferentes perspectivas teóricas, ya que permite crear una relación y un espacio propicio para que las personas expresen emociones y pensamientos relacionados con el problema que los lleva a terapia. Desde la perspectiva de género es importante implementar esta técnica, ya que en muchas ocasiones las mujeres en una situación de violencia han sido juzgadas por familia, amigos e instituciones. Durante este proceso se procuró por parte de las terapeutas, ofrecer a Fabiola un espacio de contención en el que no se sintiera juzgada ni criticada, validando el deseo de separarse definitivamente, pero siendo empáticas en las situaciones de ambivalencia, inseguridad y confusión, haciéndole ver que no es un proceso fácil, pues había depositado en su relación de pareja muchos ideales.
- **Metáforas:** Las metáforas fueron utilizadas durante la mayoría de las sesiones, pues le hacían sentido a la paciente al hablar sobre sus pérdidas y la construcción que debía hacer sobre su identidad. El enojo y coraje fueron redefinidos como una manera de protegerse, de marcar un límite y de separarse.
- **Intervenir sobre el sistema de creencias:** durante el proceso constantemente las terapeutas abordaron el sistema de creencias en torno a los roles de género, al matrimonio, a su ideal de pareja y de familia.
- **Identificación de los tipos de violencia:** Identificamos junto con Fabiola los tipos de violencia y la intensidad de la misma, indagando sobre el episodio más violento y más significativo a fin de conocer sus ideas y construcciones

- **Clarificar el ciclo de la violencia en su relación:** Desde lo psicoeducativo abordamos el ciclo de la violencia, identificando en cual de las etapas Fabiola se sentía mas vulnerada y en mas riesgo de regresar con Israel, mirando también ésta etapa como una oportunidad de romper la pauta.
- **Asignación de tareas:** A partir de la cuarta sesión las terapeutas se percataron de la facilidad y gusto de Fabiola por expresarse de manera escrita, de modo que fue una herramienta que se utilizó en varias sesiones como tarea, para que Fabiola expresara las emociones que experimentaba en este proceso. Así pudo expresar el dolor, la tristeza y el enojo.
- **Trabajar el proceso de duelo por las pérdidas:** A través de la conversación las terapeutas abordaron la pérdida de los ideales que había construido acerca de la familia, pareja y el padre de su hija. A través de la conversación se ayudo a Fabiola a construir una nueva identidad como mujer y como madre.
- **Identificación de la red de apoyo:** la cual ya existía, sin embargo fue importante hacer énfasis en ella, para fortalecer a Fabiola y su decisión de separarse, sintiéndose acompañada y apoyada.
- **Creación de proyectos y actividades propias:** Mediante la conversación se buscó la apertura de posibilidades en torno a las actividades que podría realizar con el objetivo de sentirse más independiente y autosuficiente, retomando sus planes y deseos, favoreciendo el fortalecimiento de la identidad de Fabiola.

Finalmente, retomando a algunos autores en terapia familiar estratégica se anticipó a Fabiola la posibilidad de una “recaída” haciendo énfasis en las situaciones que la ponen en riesgo frente a las seducciones de Israel.

Comentarios y reflexiones

Para mí, fue una experiencia de aprendizaje muy significativa poder trabajar este caso de violencia, junto con mi compañera Claudia y bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, quien cuenta con una vasta experiencia en casos de violencia. El material revisado durante la maestría sobre violencia y perspectiva de género y la supervisión de la Dra. Noemí

fueron clave para que pudiera comprender los casos de violencia, y de este modo ser empática, respetuosa y humana acompañando a Fabiola en su proceso.

Al principio, para mi y para Claudia, escuchar a Fabiola y verla tan contenida era impactante y queríamos intervenir inmediatamente para que lograra separarse, sin embargo, la Dra. Noemí mencionó que era una meta muy ambiciosa y si las terapeutas perseguíamos este objetivo nos frustraríamos, dejando de ser un apoyo útil para la paciente. Esto fue una experiencia de aprendizaje y un ejercicio profundo de respeto hacia el sistema de creencias de Fabiola, así como en sus tiempos, acompañándola en parte del camino hacia la mujer que desea ser.

1.1.2 PAREJA AVILA GUTIERREZ

Datos Generales

Nombre: Gabriela Ávila y Andrés Gutiérrez

Ocupación: Ambos comerciantes

Nombre de los terapeutas: Adriana Elizabeth Ibarra López y Cuauhtémoc Flores Sánchez

Nombre del supervisor: Mtra. Miriam Zavala

Número de sesiones: 7

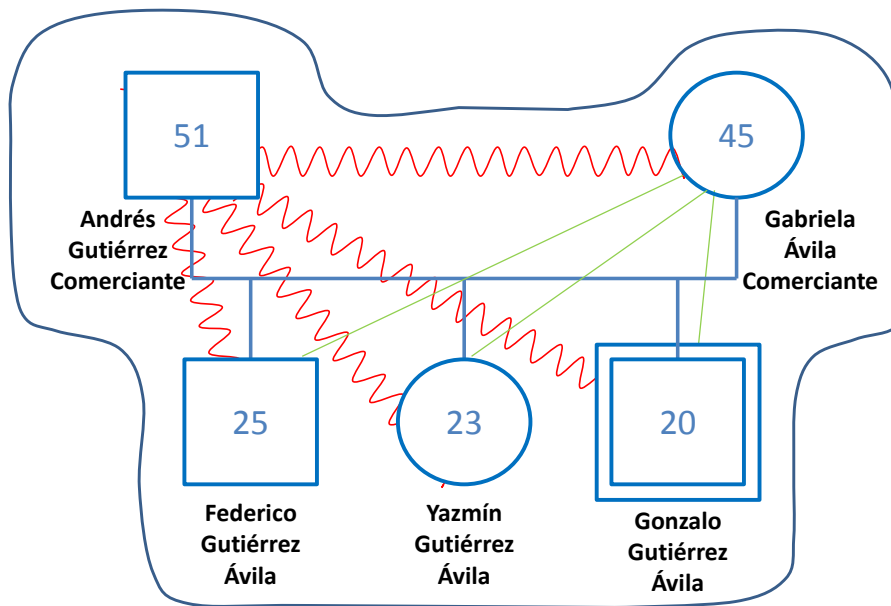
Modelo terapéutico: Terapia breve centrada en soluciones

Sede: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Motivo de consulta

La pareja asiste al Centro, solicitando orientación debido a la preocupación que tienen sobre el consumo de sustancias adictivas de Gonzalo, su hijo menor. El consumo de Gonzalo fue generado, según la información de la familia, por un aborto espontáneo de la novia de éste, lo cual le generó mucha tristeza y “depresión”. Ante ésta situación, Gabriela y Andrés buscaron atención terapéutica para su hijo, el cual ya la está recibiendo. La pareja se acerca al Centro para ser orientados sobre el apoyo que quieren ofrecer a su hijo.

Familiograma



Definición del problema

Antes de que comenzara el problema de consumo de Gonzalo, la pareja concebía a éste como un “hijo modelo”. Ante el consumo de su hijo, la pareja se plantea dos explicaciones: el aborto espontáneo de la novia de su hijo y problemas al interior del núcleo familiar. Estas ideas hacen evidente el mapa del mundo de esta pareja. La primera idea es que el consumo de sustancias de una persona puede ser ocasionado por una “depresión”, así explican que parte del problema de consumo de su hijo se deba al aborto de su novia. La segunda creencia de esta familia, es que cuando las personas tienen problemas de consumo de sustancias adictivas se debe a que hay problemas al interior de la familia, es ésta idea la que sustenta que Gabriela y Andrés busquen un espacio y proceso terapéuticos, además de la atención que está recibiendo su hijo llevando a Gonzalo a una “terapia para adicciones”.

Al hablar sobre las relaciones familiares se observa la exigencia de Andrés hacia todos los demás miembros de la familia, lo que ha causado enojos y dificulta la comunicación. Esta situación también ha provocado que Gabriela se enoje con Andrés, pero pocas veces le comunica este enojo a su pareja, asumiendo una posición complementaria, pero aliándose con los hijos, viviendo con ellos la exigencia de Andrés. Este tipo de relaciones ha causado estrés y dificultades al interior de la familia.

Objetivos terapéuticos

El modelo desde el cual se aborda este caso plantea que la construcción de objetivos se realiza junto con los pacientes. Un paso previo a la definición de los objetivos es asegurarse de que los consultantes son “compradores” de la terapia, es decir, tienen un motivo de consulta propio, sobre el cual se establecen las metas terapéuticas. Al principio fue difícil la construcción de los objetivos, debido a que la pareja buscaba influir en la conducta de Gonzalo para que este dejara de drogarse, pero también en la conducta de sus otros dos hijos. Sin embargo, en el proceso de clarificar las metas terapéuticas, comenzaron a observar más su conducta como padres y dejando de centrarse en la conducta de sus hijos. Andrés identificó que le gustaría ser menos impulsivo, explosivo y agresivo con sus hijos y con su esposa. En el caso de Gabriela, refirió que le gustaría sentirse más tranquila, pues se siente muy presionada, siempre tiene cosas que hacer y no pasa tiempo con sus hijos. La pareja identificaba que al perseguir estos objetivos, se reflejarían cambios en la relación con sus hijos.

Desarrollo del proceso

Etapa inicial

En la primera etapa del proceso terapéutico, el discurso de ambos miembros de la pareja se centra en la preocupación sobre el consumo de sustancias de su hijo, siempre mostrando interés en ayudarlo, en buscar formas de apoyarlo. Esta actitud de “quejosos” (desde el enfoque centrado en soluciones, son aquellos pacientes que piensan que ellos están bien, y como el problema lo depositan en el “otro”, asisten para que el otro cambie) y no de compradores de la terapia dificultaba el establecimiento de los objetivos. Un factor importante, para que ambos distinguieran una demanda o solicitud propia, y no la situaran fuera de ellos, fue retomar dos ideas principales del mapa del mundo de esta familia.

La primera de estas creencias es que los problemas de consumo de sustancias adictivas se deben, muchas veces, a problemas en las relaciones familiares. Esto llevó a esta pareja a cuestionarse ¿qué estaban haciendo ellos para contribuir a la problemática de su hijo? Si bien, esta creencia les permitió mirar hacia ellos como pareja y cuestionarse sobre sus funciones parentales, también les colocó como “compradores” de la terapia pues deseaban hacer lo que fuera para poder funcionar mejor como familia y así apoyar al desarrollo integral de sus hijos.

Al hablar sobre sus relaciones familiares, se observa que en esta familia la pareja parental se preocupa por el desarrollo de sus hijos, buscando siempre la forma de cubrir sus necesidades no solo materiales, sino emocionales y psicológicas. En su función de proveedores se mira a Gabriela sobrecargada de funciones y a Andrés colocado es una situación contraria, es decir mas relajado, pero exigente y controlador. Esto ha provocado problemas en su relación de pareja, pero también provoca que los hijos se sientan más cercanos a su madre que al padre.

En el proceso de convertir a la pareja de “quejosos” en “compradores” el mapa del mundo de esta familia contienen ideas que fueron de vital importancia y que les hacia preguntarse ¿que estaba sucediendo al interior de la familia? Andrés es más reflexivo en cuanto a la forma de relacionarse con sus hijos, de este modo identifica que le gusta tener el control de todo: lo que hacen sus hijos, la hora a la que llegan, lo que hacen, como se sientan, que dicen y que no etc., y que esto ha generado una mala relación con sus hijos, pero también con su pareja. Inmediatamente identifica que desea ser menos controlador y se muestra motivado hacia la consecución de sus objetivos en la terapia. Gabriela se muestra menos reflexiva y responsabiliza a los demás de sus problemas,

La exigencia y deseo de control de Andrés y la sobrecarga de funciones de Gabriela perjudican las relaciones de esta familia, pues Andrés se frustra cuando las cosas no las realizan como él desea, reaccionando de una manera “explosiva”, esta exigencia genera enojo en sus hijos y en su pareja. Por su parte, a Gabriela se le dificulta dejar de quejarse de la conducta de su esposo, pues la exigencia de éste la hace sentir intranquila, culpándolo de de su estrés.

Para los terapeutas les es más fácil entablar una relación de “comprador” de la terapia con Andrés, quien refiere ser menos explosivo. Sin embargo con Gabriela fue un poco más difícil, pues miraba al espacio terapéutico como el lugar en el cual se podía quejar de la conducta de su pareja, sin mirarse a ella misma como un agente activo en el proceso de cambio. Como objetivo terapéutico Gabriela identifica que le gustaría sentirse más tranquila.

Etapas Intermedia

En la etapa intermedia del proceso, Andrés comienza a construir con más claridad sus objetivos terapéuticos. Desea tener una relación más armoniosa con sus hijos y con su esposa, lo que le lleva a poder mirar minuciosamente las conductas que lleva a cabo, los terapeutas hacen énfasis en aquellas que lo acercan hacia la relación que desea tener con sus hijos. El primer paso pequeño

que hace Andrés es dejar de estar pendiente de la hora en que regresan a casa sus hijos, ya que antes lo hacía todo el tiempo, frustrándose, enojándose y regañándolos. El deseo de controlar la hora en que llegaban sus hijos a casa estaba motivado por el miedo a que algo malo les ocurriera, sin embargo, cuando dejó de regañar a sus hijos, se dio cuenta de que éstos no llegaban tan tarde a casa y llegaban bien.

La terapeuta hace preguntas que llevan de las conductas a los significados, Andrés observa que si no los regaña se acerca más a la relación armoniosa que desea tener con ellos, y sus hijos se muestran responsables al no llegar tan tarde. Se refuerza la idea de hacer más de lo que funciona y menos de lo que no funciona.

Adentrándose más a los significados y no solo a las conductas, el equipo terapéutico pregunta a Andrés si ¿será que él ya ha hecho todo lo que le corresponde enseñar a un padre y quizás sea el momento de soltar el control sobre ellos? El refiere que al tratar de controlar la conducta de sus hijos lo hace para que ellos sean más responsables y maduros, pero que esto no ayuda, por el contrario, afecta su relación con ellos, y esto es lo que le interesa cambiar. Además al “soltarlos” se da cuenta que, si bien, sus hijos no hacen las cosas como él las desea, tampoco se muestran irresponsables ni inmaduros. Andrés identifica que la relación que había establecido con sus hijos es muy similar al tipo de relación que establece con su pareja, ya que desea decirle a Gabriela como debe realizar cada cosa lo que genera enojos y discusiones entre ellos.

A Gabriela se le sigue dificultando dejar de responsabilizar a Andrés acerca de su intranquilidad y estrés, sin poder mirar lo que ella puede hacer para cambiar dicha situación. También le cuesta trabajo ver las excepciones al problema. Se siente saturada por que tiene que hacer muchas cosas, entre ellas atender las labores de la casa, atender la tienda junto con su esposo y atender un negocio de papas que estableció motivada por su esposo con el argumento de la necesidad de más ingresos económicos, sin embargo, ella percibe que su esposo solo le exige y no le ayuda a realizar las cosas.

Los terapeutas comienzan con Gabriela el recorrido hacia las excepciones y hacia mirar lo que ella podría comenzar a hacer para sentirse menos saturada con todas las actividades que lleva a cabo. De este modo se explora la posibilidad de comenzar a delegar responsabilidades, o decir “no puedo” o “en este momento estoy ocupada” poniendo límites, y logrando así sentirse menos

saturada. Aunque al principio parece ser una idea muy poco significativa, después de unas sesiones parece hacerle mas sentido.

Andrés sigue mostrándose observador y reflexivo sobre sus conductas y lo que estas provocan en la relación con sus hijos y con su pareja. Gabriela comienza a dar pasos pequeños, poniendo límites cuando se siente saturada de actividades. Sin embargo en una de éstas sesiones, la pareja habla acerca de una pelea que hubo entre Andrés y la familia de origen de Gabriela, los cuales se han presentado desde hace mucho tiempo. Gabriela se muestra muy enojada y habla incluso de querer separarse pues él siempre ha tenido problemas con sus hermanos y además nunca se ha sentido apoyada por su esposo. Andrés comenta que en un principio si “explotó” pero que en esta ocasión, a diferencia de todas las demás pudo controlarse y no seguir peleando.

Los terapeutas indagan acerca de esta excepción, enfocándose en la solución que Andrés le dio a esta situación, hablando de la conducta, pero también de los significados del “control” que pudo tener en dicha incidente. Andrés identifica que pudo controlarse al pensar en su familia, al mirarlos y ver que uno de sus hijos estaba llorando, eso provocó que el dejara de altercar y de pelear. Sin embargo, el enojo de Gabriela provoca que no mire el control que pudo mostrar Andrés en esa situación particular.

A la siguiente sesión Gabriela se muestra distinta, habla acerca de algunos acuerdos que tomaron ella y su pareja para no discutir. Andrés menciona que ha comprendido que “no es policía” para estar atrás de su esposa e hijos, vigilando lo que hacen y como lo hacen, y que esto le ha ayudado a respetar los acuerdos que establecen. Gabriela se muestra satisfecha con la actitud de su pareja, lo que ha mejorado la relación entre ambos.

Etapas final

Hacia el final del proceso, la pareja se centra más en las soluciones que en el problema. Aunque es Gabriela quien en ocasiones regresa al discurso de queja sobre las conductas de su esposo, como reunirse con sus hermanos. En este caso los terapeutas la llevan continuamente a mirar su propia conducta y que puede cambiar desde ella. No obstante, refiere también que ha logrado sentirse más tranquila por dos cosas, una de ellas se refiere a las vacaciones que tomaron hace algunos días, lo cual le permitió ver a su familia unida y darse cuenta de que eso es lo que disfruta, y que desea mantenerse junto a su esposo, y la otra razón es por los acuerdos que ha

tomado con su esposo, y lo respetuoso que se ha mostrado. En las sesiones los terapeutas observan mayor disponibilidad de Andrés para escuchar y atender a Gabriela.

Al hablar sobre la obtención de los objetivos terapéuticos, Gabriela reconoce que Andrés se ha movido de lugar y reconoce que ahora es menos explosivo y controlador, asimismo habla de que ella también se siente más tranquila, alcanzando así el objetivo de su proceso terapéutico.

Asimismo Andrés habla sobre los cambios que ha tenido su esposa y los que puede ver en sí mismo, lo cual ha permitido una mejor relación familiar.

Como pareja han construido significados relacionados con el cambio en el comportamiento de Andrés y esto observa cuando la pareja relata varios acontecimientos en los que Andrés molesto, pudo haber “explotado” y generado o participado en una pelea con otras personas, pero logra tranquilizarse y resolver la situación de manera distinta. Un factor importante en la resolución que da Andrés a estos conflictos es que Gabriela lo alerta sobre la situación, anticipándose a lo que puede ocurrir, lo comunica a su esposo provocando que Andrés se tranquilice y no participe en las discusiones o peleas.

Al evaluar si los cambios en la pareja han repercutido en la relación con sus hijos, Andrés identifica estos cambios, refiriendo que él ha podido observar que sus hijos ya crecieron y que cada uno necesita su independencia, lo cual ha ayudado a mejorar la relación con ellos. Asimismo ha mejorado su relación de pareja al ser menos explosivo y controlador. Gabriela menciona que ella observa a su hijo Gonzalo más tranquilo y entusiasmado con sus estudios y llega más temprano a casa, quizás debido a que ya no surgen tantas discusiones como antes.

Como pareja ellos han logrado establecer un límite entre sus problemas de pareja y la relación con sus hijos, refiriendo que cuando han tenido alguna discusión le dicen a sus hijos que ellos no deben meterse en sus problemas. Aunque esto no se trabajó de manera directa durante el proceso terapéutico es resultado de los cambios que han tenido en su mapa del mundo y que se van dando como “bola de nieve”, desde el modelo abordado.

Al final del proceso la pareja ha construido una historia de logros, dejando de centrarse en el problema y poniendo atención a las soluciones del mismo.

Técnicas de intervención

Durante el proceso terapéutico, intervenimos desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Desde este Modelo, al inicio del proceso es indispensable que los terapeutas sepan que tipo de relación establecen con los consultantes. El **tipo de relación** que los terapeutas establecieron con la pareja, fue de compradores de la terapia, lo que permitió identificar el problema, el objetivo y que ellos se vieran como parte de la solución. Posteriormente se realizó la construcción de los objetivos del proceso terapéutico junto con los consultantes.

La búsqueda de excepciones es una de las técnicas más importantes de este Modelo, esta técnica se utilizó durante todo el proceso para enfatizar las ocasiones en la cuales la pareja actuaba de manera diferente, evitando que el problema se presentara. Esta técnica contribuyó a que la pareja observara las soluciones que ellos mismos daban al problema, permitiéndoles hacer más de lo que funciona y dejar de hacer lo que no funciona.

La tarea de fórmula se utilizó en la primera sesión. Los terapeutas le pidieron a la pareja que hicieran una lista de cosas positivas que ocurren en casa y que les gustaría que siguieran ocurriendo. Esta intervención se llevó a cabo con el objetivo de hacer énfasis en las excepciones al problema, (es decir en aquellas ocasiones en que actúan de manera distinta, solucionando el problema) y en el aumento de la claridad de las metas.

Los elogios, desde este modelo, tienen como objetivo validar la experiencia del paciente. Esta técnica se utilizó en varias ocasiones durante el proceso validando la búsqueda de ayuda y apoyo, el respeto que se tenían como pareja a pesar de la problemática, la atención y sensibilidad ante las necesidades de sus hijos y de ellos como pareja, el respeto que mostraban hacia la toma de decisiones de sus hijos, y su motivación a cambiar.

A lo largo del proceso se dejaron **tareas** reforzando así la participación de la pareja en los cambios que deseaban ver en sus relaciones. Algunas de estas tareas fueron: realizar una lista de cosas positivas que ya suceden en casa, que durante el tiempo entre una sesión y otra Gabriela dijera “no puedo” cuando se sentía saturada, que Gabriela tomara un día de descanso e hiciera lo que quisiera, etc.

Realizamos varios **tipos de preguntas** de acuerdo a las intervenciones que se hacen desde este modelo, tales como las **preguntas presuposicionales** y **enfocadas en el futuro**. Ambas con el objetivo de transmitir a la pareja la idea de que poseen los recursos para lograr el cambio.

Al inicio del proceso se hizo uso de las **escalas** para clarificar los objetivos y hacer de éstos metas observables y medibles. Hacia el final del proceso se volvió a hacer uso de éstas para observar los logros, los cuales fueron referidos por los consultantes, no solo en sí mismos, sino en su pareja. Llevar a los consultantes de las conductas a los significados es importante desde este Modelo, es decir, hablar del significado que tiene para ellos los cambios que observaban en las conductas.

Es importante mencionar que una premisa adoptada por los terapeutas, y que es parte del Modelo de Soluciones, concibe que **los consultantes son los expertos en su propia vida**, y poseen los recursos para solucionar sus problemas haciendo mas de lo que funciona y menos de lo que no funciona. Esto requiere abandonar la postura del “experto” que le dice a las personas como deben actuar, y tomar una actitud en la que se acompañe a los consultantes a mirar los recursos que poseen para solucionar sus problemas.

Comentarios y reflexiones

Para mi fue una gran experiencia de aprendizaje llevar a cabo el proceso terapéutico desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, ya que requiere una postura de respeto y trabajo conjunto con el consultante desde la construcción de los objetivos, llevándolos siempre hacia las soluciones, evitando que la conversación se mantenga sobre los problemas.

A pesar, de que en la teoría pareciera un Modelo “fácil” de aplicar, esta experiencia me permitió desarrollar habilidades sobre el enfoque en Soluciones, lo cual en la práctica no es tan sencillo como pareciera. Asimismo, pude observar la utilidad del Modelo, y los logros obtenidos.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Las habilidades de investigación son fundamentales en la formación del Terapeuta Familiar, esta curiosidad científica le permite preguntarse acerca de los acontecimientos cotidianos que tienen efectos en las relaciones de las personas, es decir, cómo los cambios psicosociales permean las relaciones y viceversa. Estas habilidades, permiten que los egresados sean capaces de diseñar, aplicar, instrumentar y divulgar proyectos de investigación, ya sea desde la metodología cuantitativa o cualitativa.

En mi estancia durante la maestría llevé a cabo tres investigaciones: dos desde la metodología cuantitativa y una desde la cualitativa las cuales se presentan a continuación.

2.1 REPORTE DE INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Utilizando la metodología cuantitativa realice dos investigaciones: la primera referente a la relación existente entre el funcionamiento familiar y la asertividad en las relaciones de pareja y la segunda se trata de la construcción de una escala de asertividad en las relaciones de pareja. A continuación presento los resúmenes de ambas investigaciones.

2.1.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ASERTIVIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Bautista Rodríguez Paula, Ibarra López Adriana Elizabeth, Vargas Arrazola Verónica

Resumen

El Funcionamiento familiar es un proceso en el que participan cada uno de los miembros del grupo familiar, la familia misma, y la cultura. Consiste en la regulación de varias dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas las cuales están interconectadas (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006). La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y de manera apropiada, pero sin violar los derechos de la otra persona, Con el propósito de evaluar el funcionamiento familiar, la asertividad en la pareja y la correlación de éstas en una población cristiana se realizó la presente investigación. Se realizaron comparación de medias, así como correlaciones para analizar las variables. Los resultados indican que el ambiente familiar positivo en la familia de origen favorece el desarrollo académico de las personas de la muestra, y que las personas que conforman la muestra no siguen los patrones familiares aprendidos con respecto a la asertividad y funcionamiento familiar.

Palabras claves:

Funcionamiento familiar, asertividad, relaciones de pareja.

La familia ha sido designada como una institución trascendental en la vida de las personas y ha evidenciado su vigencia como forma de organización. Algunas características la distinguen de los demás grupos e instituciones tales como, que las relaciones establecidas, duran mucho mas tiempo creando una historia en conjunto y que es considerada una institución social. A través del tiempo ha mostrado su permeabilidad al entorno social, político, cultural y económico, por lo tanto una de las características principales de la familia es su plasticidad (Quilodrán, 2008).

Todas las familias atraviesan por diferentes etapas de cambios, en las cuales se pone en juego el sistema de creencias y las reglas familiares. En los momentos de crisis el sistema de creencias se debe modificar y las reglas deben renegociarse o establecer otras más funcionales para el grupo. En caso de que la familia no modifique su sistema de creencias ni sus reglas, se puede ver afectado el funcionamiento familiar (Cibanal, 2006).

La comunicación, los estilos de enfrentamiento, la resolución adecuada de los duelos, la resiliencia, el establecimiento de valores morales firmes como la religión, así como el manejo adecuado del tiempo libre y el ocio son factores que favorecen el Funcionamiento Familiar (Agate, Taylor, Ramon y Eggett, 2007; García, Juárez y Cervantes, 2009).

Al evaluar los efectos de un Funcionamiento Familiar positivo, se ha encontrado que éste genera estabilidad emocional en los niños siendo éstos menos impulsivos, inseguros, ansiosos y agresivos; favorece el rendimiento académico, fomenta una percepción positiva del núcleo familiar y los miembros, es especial los adolescentes, se sienten tomados en cuenta por sus padres, mostrando confianza hacia ellos (León, Archundia, Gama, Guadarrama, Gutiérrez y Mendoza, 2008; Sánchez, Delgado, Valencia, Rodríguez y Alain (2008);Ulloa, Díaz y Fulgencio, 2009)

Por el contrario, miembros de familias que poseen un inadecuado funcionamiento familiar, perciben a ésta como indiferente a sus necesidades psicoafectivas y sociales, manifestando que el tipo de comunicación entre sus miembros es confusa (Yarto, Montero y López, 2006).

El funcionamiento familiar puede ser afectado por una diversidad de factores, entre los que destacan la administración de los recursos materiales como el dinero, la crianza de los hijos, distribución del tiempo, aspectos relacionados con la salud de los miembros así como aspectos emocionales, como estrés, ansiedad y depresión (Abbate, 1978).

Si bien, los factores anteriores se colocan dentro de todo sistema familiar, este a su vez, esta conformado por otros subsistemas, de los cuales nos concentraremos en el subsistema conyugal. En este subsistema influyen una variedad factores psicosociales, tales como: experiencias previas, factores familiares, variables educativas, nivel socioeconómico, calidad de vida, actitudes, etc. La interacción de todos estos factores y su influencia en cada miembro de la pareja hacen que esta relación sea compleja y multivariada (Díaz-Loving, 1999).

Al formarse la pareja una de las tareas principales es negociar los límites para que la pareja redefina poco a poco sus relaciones con los otros (familiares y amigos) y entre sí mismos (McGoldrick, 1980; Díaz, 2003).

El compañerismo, la sexualidad, la procreación y coeducación de los hijos, compartir vivienda, el trabajo, los intereses económicos, la vida social, la recreación y las relaciones con la familia extensa, son situaciones que se plantean y se debe negociarse en las relaciones de pareja, evitando así, que estos factores se conviertan en una fuente de desacuerdos y conflictos (Abbate, 1978).

Así, la comunicación se convierte en un factor importante en las relaciones de pareja y dentro de la comunicación, la asertividad, la cual se refiere a la expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales, acuerdos o desacuerdos, de una manera directa, sin forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, como castigo y amenazas (Wolpe, 1993; Carrasco, 1998).

La comunicación asertiva en la pareja, contribuye a la resolución de conflictos y por el contrario, la comunicación no asertiva desencadena problemáticas en la pareja (Blanco, 1999; Rodríguez, Fonseca y Puche, 2002; Flores, 2008).

La asertividad ha sido evaluada en diversas áreas, en este estudio la abordamos desde las relaciones de pareja y la relación que tiene con el Funcionamiento Familiar de este modo, se han formulado las siguientes hipótesis: 1) el sexo y estado civil no influyen en el funcionamiento familiar, 2) a mayor tiempo de relación, escolaridad y edad, mayor funcionamiento familiar, 3) a mayor edad, escolaridad y tiempo de relación, mayor asertividad y 4) a mayor funcionamiento familiar en la familia de origen, mayor asertividad en las relaciones de pareja.

MÉTODO

Participantes

El total de los participantes fue de 160, quienes pertenecen a una comunidad cristiana. El 43% son hombres y 57% mujeres, el 84% son casados y 16% viven en unión libre; el intervalo de edad se encuentra de 20 a 71 años, con una media de 37 años, desviación estándar de 10.90 y rango de 40. Respecto a la escolaridad, la muestra presentó un nivel de estudios que va de primaria hasta posgrado, donde el porcentaje más alto corresponde a licenciatura con 30% y posteriormente secundaria con 21%. Referente al tiempo de duración en la relación de pareja, se encuentra que van desde 1 a 50 años, con una media de 3.73. Finalmente, el número de hijos va de 1 a 7 con una media de 2.28.

Los criterios de inclusión fueron: personas que vivan en pareja, que tengan hijos, y pertenecientes a una comunidad cristiana. Los criterios de exclusión: personas que no tengan hijos, que presenten alguna discapacidad, que no sepan leer y escribir y que no perteneciera a la comunidad religiosa cristiana.

Variables

Funcionamiento familiar

Definición conceptual: El funcionamiento familiar es un proceso en el cual participa el individuo, la familia y la cultura y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas las cuales están interconectadas, de tal forma que al modificarse una de ellas, las demás también cambiarán (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006).

Definición operacional: Puntajes obtenidos en los 4 factores de la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006).

Asertividad

Definición conceptual: Es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y de manera apropiada, pero sin violar los derechos de la otra persona (Jakuboswki y Lange, 1978).

Definición operacional: Puntajes obtenidos en el Cuestionario de Aserción en la Pareja de Carrasco (1998).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Exploró las variables: edad, estado civil, último grado escolar, tiempo en su relación de pareja, número de hijos y miembros de la familia con quien(es) vive.

Escala de Funcionamiento Familiar. Elaborada por García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, y Díaz-Loving, 2006). Escala de autoinforme que consta de 45 ítems y mide cuatro factores: 1) ambiente familiar positivo, 2) hostilidad/evitación del conflicto, 3) mando/problemas en la expresión de sentimientos y 4) cohesión/reglas. La consistencia interna de la escala global fue: $\alpha = .85$. La escala consta de cuatro subescalas:

Factor 1. Ambiente familiar positivo. Consiste en los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que favorecen las relaciones familiares, así como las manifestaciones de afecto y respeto a través de la cercanía entre los miembros de la familia.

Factor 2. Hostilidad/evitación del conflicto. Se caracteriza por una baja tolerancia para con los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo y el desvío de los problemas.

Factor 3. Mando/problemas en la expresión de sentimientos. Se refiere a la falta de claridad en las reglas a seguir por los miembros de la familia, relacionadas con su comportamiento, tanto al interior como al exterior del grupo familiar. Comprende límites confusos y dificultad para demostrar sentimientos entre los integrantes de la familia.

Factor 4. Cohesión/reglas. Se refiere al vínculo afectivo que prevalece entre los miembros de la familia, y a los patrones de relación que marcan los límites de las relaciones con los hijos.

Las cargas factoriales de los reactivos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Cargas factoriales de las dimensiones de la Escala de Funcionamiento Familiar

| Reactivo | Factor 1 | Reactivo | Factor 2 | Reactivo | Factor 3 | Reactivo | Factor 4 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 43 | .787 | 26 | .777 | 5 | .724 | 18 | .767 |
| 2 | .767 | 36 | .739 | 20 | .709 | 16 | .742 |
| 39 | .768 | 38 | .743 | 25 | .699 | 33 | .695 |
| 37 | .762 | 12 | .705 | 44 | .681 | 13 | .695 |
| 6 | .752 | 17 | .694 | 31 | .664 | 34 | .663 |
| 42 | .746 | 32 | .692 | 7 | .661 | 22 | .619 |
| 8 | .743 | 10 | .659 | 41 | .652 | | |
| 24 | .732 | 15 | .656 | 27 | .644 | | |
| 4 | .722 | 23 | .637 | 11 | .631 | | |
| 28 | .725 | 1 | .590 | 35 | .595 | | |
| 40 | .715 | 30 | .597 | 19 | .583 | | |
| 29 | .688 | 45 | .502 | | | | |
| 21 | .663 | | | | | | |
| 9 | .663 | | | | | | |
| 3 | .619 | | | | | | |
| 14 | .578 | | | | | | |

Los 45 reactivos agrupados en cuatro factores explican el 56% de varianza total. La confiabilidad corresponde a un Alfa de Cronbach de .8533

Cuestionario de Aserción en la Pareja, ASPA, (Carrasco, 1998). Cuestionario autoadministrado que consta de 40 ítems, con 6 opciones de respuesta (casi nunca, pocas veces, ocasionalmente, bastante a menudo, generalmente y casi siempre). Evalúa cuatro tipos de estrategias de comunicación que cada miembro de la pareja puede utilizar para afrontar situaciones problemáticas en la convivencia: aserción, agresión, sumisión y agresiva pasiva. Comprende dos formas, en la Forma A, el participante se evalúa a sí mismo y en la Forma B evalúa el comportamiento de su pareja. En el presente estudio se utilizó la forma A. Los índices de confiabilidad (α de Cronbach) encontrados a partir de una aplicación en población española compuesta de 418 personas (209 parejas) fueron: aserción: .83; agresión: .81; sumisión: .75, y

agresión pasiva: .84. Se reportan correlaciones positivas significativas entre el ASPA y el cuestionario para el Análisis de Aserción Personal (AAP). Las dimensiones que evalúan son cuatro:

Factor 1 Aserción: Expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo. Uno puede expresar asertivamente sentimientos positivos, considerando entre los primeros el afecto y entre los segundos el enfado o la ira.

Factor 2 Agresión: Expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. La coacción incluye la expresión de castigo o amenazas. El castigo explícito incluye denigrar, insultar, agresión física y declaraciones directas de ostracismo social. Las amenazas directas incluyen avisos de posibles castigos.

Factor 3 Sumisión: Carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales, y sentimientos automáticos a las preferencias, poder o autoridad del otro.

Factor 4 Agresión-pasiva: Carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. La coacción indirecta incluye infligir indirectamente castigos y amenazas. Los intentos de oponerse o manipular al otro de forma indirecta incluirían la retirada de afecto, “las malas caras”, la obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación (“los silencios”).

Procedimiento

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica referente al funcionamiento familiar y la asertividad, así como los instrumentos para medir las dos variables las cuales se eligieron debido a su validez y confiabilidad.

Se realizó un primer piloteo para la prueba de asertividad, con el objetivo de evaluar su comprensión, redacción y obtener el tiempo promedio de duración de la aplicación. Este piloteo se llevo a cabo con 15 personas arrojando dificultades en la comprensión del instrumento y en las opciones de respuesta. Se realizaron los cambios pertinentes.

En el segundo piloteo se aplicaron ambas pruebas en un mismo cuadernillo, de lo cual se desprendieron cambios de redacción en las instrucciones y en algunos reactivos de la escala de Funcionamiento Familiar.

Se llevó a cabo un tercer piloteo para verificar los cambios realizados con base al piloteo anterior, en este último piloteo no hubo necesidad de realizar cambios.

Debido a que la investigación se llevaría a cabo en una población cristiana, se hizo un primer acercamiento con los representantes de dicha congregación para obtener un permiso de acceso a la población para aplicar los instrumentos. Las aplicaciones se realizaron de manera grupal en diferentes días. Después de la fase de aplicación se procedió al análisis estadístico.

RESULTADOS

Prueba de hipótesis

Relación Funcionamiento Familiar – variables sociodemográficas

Con el propósito de probar la hipótesis que plantean la relación de los puntajes de las subescalas de ambiente familiar, hostilidad/evitación de conflicto, mando y problemas en la comunicación y cohesión con las variables sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de relación, número de hijos y tipo de familia), se realizó un análisis de comparación de medias y de varianza, cuyos resultados significativos se muestran en la tabla 2.

En la subescala de ambiente familiar positivo, se encontró que la escolaridad y el tiempo de relación de pareja influye en el funcionamiento familiar, siendo significativamente mayores los de nivel posgrado, así como los que tienen una duración de 11 a 15 años en su relación de pareja. Con respecto a la subescalas de hostilidad/evitación de conflicto y mando/problemas en la expresión de los sentimientos los puntajes obtenidos por los participantes de nivel primaria, así como los que tienen una duración de 26 a 30 años en su relación de pareja fueron significativos. Finalmente para la subescala de cohesión/reglas fueron significativos los participantes con carrera técnica, así como los casados.

Tabla 2. Diferencias significativas de las subescalas de Funcionamiento Familiar por las variables sociodemográficas

| Subescalas | Variable | Grupos | Medias | Prueba | gl | Sig. |
|---|--------------------|--|--|----------|----|------|
| Ambiente Familiar Positivo | Escolaridad | Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado | 2.70 2.81 2.79 3.26 3.10 3.36 | F = 2.69 | 5 | .024 |
| | Tiempo de relación | De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 a 25 años De 26 a 30 años De 31 o más | 3.06 2.79 3.20 2.77 3.06 3.21 2.97 | F = 2.62 | 6 | .020 |
| Hostilidad/ Evitación de conflicto | Escolaridad | Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado | 2.06 1.73 1.68 1.44 1.62 1.30 | F = 4.23 | 5 | .001 |
| | Tiempo de relación | De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 a 25 años De 26 a 30 años De 31 o más | 1.68 1.77 1.51 1.78 1.52 2.00 1.46 | F = 2.46 | 6 | .027 |
| Mando/ problemas en la expresión de los sentimientos | Escolaridad | Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado | 1.97 1.76 1.79 1.43 1.56 1.38 | F = 2.61 | 5 | .028 |
| | Tiempo de relación | De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 a 25 años De 26 a 30 años De 31 o más | 1.60 1.85 1.52 1.83 1.45 2.20 1.49 | F = 3.16 | 6 | .006 |
| Cohesión/ reglas | Escolaridad | Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado | 2.65 2.83 2.52 3.24 2.97 3.08 | F = 2.52 | 5 | .053 |
| | Estado civil | Casado Unión libre | 2.92 2.54 | F = 4.26 | 1 | .041 |

Relación Asertividad-variables sociodemográficas

Con en propósito de conocer la relación entre asertividad y variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de relación, numero de hijos y estructura familiar), se realizó un análisis para comparar medias con anova de un factor, cuyos resultados se muestran en la tabla 3.

Para la subescala de asertividad los puntajes obtenidos por los participantes que tienen un nivel de escolaridad de primaria y posgrado y con más de 30 años de relación, son significativos.

En la dimensión de agresión los datos significativos se obtienen en personas con una edad de 60 años o más, hombres, casados, con un tiempo de relación de 11 a 15 años y con dos hijos. En la subescala de sumisión se observó que en la variable sexo, son las mujeres quienes tienen un puntaje significativo para dicha área. Además las personas que estudiaron carrera técnica también reportan tener una conducta sumisa en su relación de pareja de manera significativa.

Por último, en la subescala agresividad-pasividad se observan datos significativos en hombres, personas casadas, con escolaridad de carrera técnica y personas de 50 a 59 años.

Tabla 3. Diferencias significativas de las subescalas de asertividad por las variables sociodemográficas

| Variable | Grupos | Medias | Prueba | gl | sig. |
|---------------------------|------------------|--------|----------|----|------|
| Asertividad | | | | | |
| Escolaridad | Primaria | 2.02 | F= 2.432 | 5 | .038 |
| | Secundaria | 1.86 | | | |
| | Carrera técnica | 1.78 | | | |
| | Bachillerato | 1.58 | | | |
| | Licenciatura | 1.71 | | | |
| | Posgrado | 1.96 | | | |
| Tiempo de relación | De 1 a 5 años | 1.61 | F= 2.090 | 6 | .058 |
| | De 6 a 10 años | 1.90 | | | |
| | De 11 a 15 años | 1.58 | | | |
| | De 16 a 20 años | 1.87 | | | |
| | De 21 a 25 años | 1.74 | | | |
| | De 26 a 30 años | 1.71 | | | |
| | De 31 o más | 1.98 | | | |
| Agresión | | | | | |
| Edad | Menos de 29 años | 2.97 | F=2.549 | 4 | .042 |
| | De 30 a 39 años | 3.04 | | | |
| | De 40 a 49 años | 3.23 | | | |
| | De 50 a 59 años | 3.37 | | | |
| | Más de 60 años | 3.49 | | | |
| Sexo | Femenino | 3.07 | F= 5.110 | 1 | .025 |
| | Masculino | 3.29 | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|------------------|------|-----------|---|------|
| Estado civil | casado | 3.24 | F= 8.860 | 1 | .003 |
| | unión libre | 2.86 | | | |
| | De 1 a 5 años | 3.14 | | | |
| | De 6 a 10 años | 2.71 | | | |
| | De 11 a 15 años | 3.48 | | | |
| Tiempo de relación | De 16 a 20 años | 3.24 | F= 5.539 | 6 | .000 |
| | De 21 a 25 años | 3.28 | | | |
| | De 26 a 30 años | 3.18 | | | |
| | De 31 o más | 3.35 | | | |
| Número de hijos | 1 hijo | 2.99 | F=2.687 | 3 | .049 |
| | 2 hijos | 3.30 | | | |
| | 3 hijos | 3.04 | | | |
| | De 4 a 7 hijos | 3.22 | | | |
| Sumisión | | | | | |
| Sexo | Femenino | 2.87 | F= 4.045 | 1 | .046 |
| | Masculino | 2.70 | | | |
| Escolaridad | Primaria | 2.34 | F= 5.359 | 5 | .000 |
| | Secundaria | 2.74 | | | |
| | Carrera técnica | 3.05 | | | |
| | Bachillerato | 2.96 | | | |
| | Licenciatura | 2.89 | | | |
| | Posgrado | 2.61 | | | |
| Agresión-pasividad | | | | | |
| Edad | Menos de 29 años | 2.70 | F=3.006 | 4 | .020 |
| | De 30 a 39 años | 2.80 | | | |
| | De 40 a 49 años | 2.86 | | | |
| | De 50 a 59 años | 3.21 | | | |
| | Más de 60 años | 3.34 | | | |
| Sexo | Femenino | 2.76 | F= 11.497 | 1 | .001 |
| | Masculino | 3.12 | | | |
| Estado civil | casado | 2.98 | F= 5.189 | 1 | .024 |
| | unión libre | 2.64 | | | |
| Tiempo de relación | De 1 a 5 años | 2.92 | F= 3.884 | 6 | .001 |
| | De 6 a 10 años | 2.51 | | | |
| | De 11 a 15 años | 3.18 | | | |
| | De 16 a 20 años | 2.87 | | | |
| | De 21 a 25 años | 3.04 | | | |
| | De 26 a 30 años | 2.96 | | | |
| | De 31 o más | 3.22 | | | |

Correlación entre las subescalas de la Escala de Funcionamiento Familiar

Las subescalas de ambiente familiar con cohesión/reglas; hostilidad/evitación de conflicto con mando/problemas en la expresión de sentimientos correlacionaron positiva y significativamente entre sí; por otro lado, ambiente familiar positivo con hostilidad/evitación de conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos, así como cohesión con hostilidad/evitación de

conflicto y mando/problemas en la expresión de sentimientos correlacionan negativamente entre sí (véase tabla 4).

Tabla 4. Índices de correlación entre los factores de la Escala de Funcionamiento Familiar

| | Factor 1 Ambiente Familiar | Factor 2 Hostilidad /evitación de conflicto | Factor 3 Mando y problemas en la comunicación | Factor 4 Cohesión |
|---|----------------------------------|--|---|----------------------|
| Factor 1 Ambiente familiar positivo | 1.000 | | | |
| Factor 2 Hostilidad/evitación de conflicto | -.804* | 1.000 | | |
| Factor 3 Mando/ problemas en la expresión de sentimientos | -.841* | .866* | 1.000 | |
| Factor 4 Cohesión/reglas | .868* | -.704* | -.754* | 1.000 |

*p < .000

Correlación entre las subescalas de cuestionario de Asertividad

Como se muestra en la tabla 5, las subescalas de asertividad y sumisión correlacionaron negativa y significativamente entre sí; además agresión con sumisión y agresión pasiva correlacionaron positiva y significativamente entre sí, así como agresión con agresión pasiva.

Tabla 5. Índices de correlación entre los factores de la Escala de Asertividad

| | Factor 1 Asertividad | Factor 2 Agresión | Factor 3 Sumisión | Factor 4 Agresión pasiva |
|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Factor 1 Asertividad | 1 | | | |
| Factor 2 Agresión | -.114 | 1 | | |
| Factor 3 Sumisión | -.246** | .272** | 1 | |
| Factor 4 Agresión pasiva | -.123 | .732** | .173* | 1 |

**p < .01

*p < .05

Relación funcionamiento familiar-asertividad

Los puntajes obtenidos en la escala de funcionamiento familiar y asertividad correlacionaron significativamente en mando/problemas en la expresión de los sentimientos con asertividad, cohesión/reglas con agresión, sumisión y agresión-pasiva de manera positiva; por el contrario ambiente familiar positivo con asertividad, hostilidad/evitación de conflicto con agresión y mando/problemas en la expresión de los sentimientos con sumisión correlacionan significativamente de manera negativa (véase tabla 6).

Tabla 6. Índices de correlación de las subescalas de la Escala de Funcionamiento Familiar con las subescalas de la Escala de Asertividad

| | Factor 1 Asertividad | Factor 2 Agresión | Factor 3 Sumisión | Factor 4 Agresión pasiva |
|--|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Factor 1 Ambiente familiar positivo | -.190* | | | |
| Factor 2 Hostilidad/evitación de conflicto | | -.568** | | |
| Factor 3 Mando/problemas en la expresión de sentimientos | .186* | | -.244** | |
| Factor 4 Cohesión/reglas | | .380** | .193* | .305** |

**p < .01

*p < .05

DISCUSION

Los resultados de esta investigación denotan que las variables sociodemográficas, en general no afectan el funcionamiento, salvo algunos aspectos: el ambiente familiar positivo tiende a aumentar a mayor nivel de escolaridad, la hostilidad/evitación de conflictos tiende a disminuir cuando se adquiere mayor escolaridad y se presenta una mayor cohesión cuando las personas tienen una escolaridad de carrera técnica y cuando la pareja esta casada. Al analizar el tiempo de relación y la escolaridad, se observó una tendencia ascendente y descendente en la distribución de los grupos.

Con respecto a la asertividad en las relaciones de pareja los resultados revelan que la agresión y agresión-pasiva se incrementan conforme aumenta la edad, presentándose mayoritariamente en hombres y en las personas casadas. Asimismo, las personas de más de 31 años en su relación de

pareja tienden a ser agresivos-pasivos y las mujeres son más sumisas en comparación con los hombres.

Las correlaciones revelan que el funcionamiento familiar se relaciona con la asertividad de la siguiente manera: cuando las personas perciben un ambiente positivo en su familia de origen tienden a ser menos asertivos en sus relaciones de pareja, cuando perciben un ambiente de hostilidad y evitación de conflictos en su familia de origen suelen ser menos agresivos en sus relaciones. Esto podría denotar que la población estudiada evita repetir los patrones familiares.

Asimismo, cuando las personas perciben su ambiente familiar como cohesivo suelen adoptar conductas agresivas y agresivas-pasivas en sus relaciones de pareja, estos resultados no eran los esperados, sin embargo, reflejan la muestra.

A partir de los datos obtenidos se observó que los factores del funcionamiento familiar se relacionan con los factores de asertividad de manera significativa, sin embargo, no se presenta un patrón preciso en el fenómeno. Estos resultados pudieron ser afectados por la falta de claridad en el instrumento de funcionamiento familiar, por lo que no es posible generalizarlos a otras poblaciones. De este modo, se sugiere realizar más investigaciones para abordar el tema, tomando en cuenta las limitaciones de este estudio.

REFERENCIAS

- Abbate, F. (1978). *Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares*. Buenos Aires. A-Z.
- Agate, S., Taylor, Z., Ramon, B., & Eggett, D. (2007). Praying, Playing and Successful Families: An Examination of Family Religiosity, Family Leisure, and Family Functioning. *Marriage & Family Review*, 42, 51-75.
- Blanco, J. A. (1999). *Asertividad y relación de pareja (una perspectiva sistémica)*. Tesina de Licenciatura. Fes. Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carrasco, M. (1998). *Cuestionario de aserción en la pareja (ASPA)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Madrid: Club Universitario.
- Díaz, D. (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Flores, M. M. (2008). Asertivo o no asertivo: su impacto en el conflicto en hombres y mujeres. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 129-129.
- Flores, M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Porrúa.
- García-Mendéz, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una Escala de funcionamiento familiar. *RIDEP*, 2, 91-110.
- García, V., Juárez, N. A. y Cervantes, E. I. (2009). Funcionamiento familiar en mujeres viudas. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 148-149.

- Gazendam-Donofrio, S. M., Hoekstra, H. J., Vander Graaf, W. A., Van de Wiel, H. B., & Visser, A. (2007). Family functioning and adolescents emotional and behavioral problems: when a parent has cancer. *Annals of Oncology*, 18, 1951-1951.
- Jakubowski, P., & Lange, A. (1978). *The assertive option: your rights and responsibilities*. EUA: Research Press.
- León, A., Archundia, L. C., Gama, M. J., Guadarrama, R., Gutiérrez, J. G. y Mendoza, M. (2008). Funcionamiento familiar en jóvenes de nivel superior. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 167-168.
- McGoldrick, M. (1980). The joining of families through marriage: The new couple. In Carter, A. & McGoldrick, M. *The family life cycle*. New York: Gardner Press.
- Rodríguez, M., Fonseca, A. P. y Puche J. (2002). Características psicológicas de los hombres que ejercen violencia conyugal: Un estudio en Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 91-98.
- Sánchez, D. L., Delgado, R. C., Valencia, O. M., Rodríguez, O., y Alain, R. (2008). Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana de Pediatría*, 80, 32-41.
- Sarmiento, I. y Cardemil, E. (2009). Family functioning and depression in low-income latinos couples. *Journal of Marital and Family Therapy*. 35, 432-445.
- Ulloa, S., Díaz, D. y Fulgencio, M. (2009). Funcionamiento familiar y estabilidad emocional en niños y niñas. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 804-805.
- Wolpe, J. (1993). *Practica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.
- Yarto, P., Montero, M. y López, L. (2006). La experiencia de soledad de niños en situación de pobreza. *Revista mexicana de psicología*, número especial, 32-33.

2.1.2 ESCALA DE ASERTIVIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Bautista Rodríguez Paula, Ibarra López Adriana Elizabeth, Vargas Arrazola Verónica

Resumen

Dentro de las relaciones interpersonales que pueden establecer los individuos se encuentran las relaciones de pareja, las cuales son de suma importancia para el desarrollo de las personas (Díaz, 2003). Se ha encontrado que uno de los recursos que favorecen la comunicación entre la pareja es la asertividad. La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos expresando creencias, sentimientos y deseos respetando los derechos de la otra persona. Con el propósito de evaluar la asertividad en las relaciones de pareja se elaboró un cuestionario con respuestas de opción múltiple, el cual se aplicó a 300 personas. Se obtuvo la discriminabilidad de los ítems, validez factorial, consistencia interna y validez de criterio. Los resultados agruparon 75 ítems en tres factores: sumisión, asertividad y agresividad. La escala explica el 27.05% de la varianza, con alfa de Cronbach global de .89

Palabras claves:

Relaciones de pareja, asertividad, sumisión, agresividad.

En la formación y el desarrollo de una pareja influyen una variedad de factores psicosociales tales como: experiencias previas, factores familiares, variables educativas, nivel socioeconómico, calidad de vida, actitudes etc. La interacción de todos estos factores y su influencia en cada miembro de la pareja, hacen que esta relación sea compleja y multivariada (Díaz-Loving, 1999).

Una de las tareas vitales de la pareja es la fijación de límites los cuales deben negociarse, redefiniendo las relaciones con los otros (familiares, amigos, etc.) y definiendo también los límites entre sí mismos (McGoldrick, 1980).

Además, la relación de pareja requiere de ciertos elementos los cuales, de no manejarse de manera adecuada, pueden originar dificultades, algunos de estos elementos pueden ser: compañerismo, sexualidad, procreación y coeducación de los hijos, compartir vivienda, trabajo, intereses económicos, además de otros aspectos que pueden ser significativos como: vida social, recreación y relaciones con la familia extensa entre otros (Abbate, 1978).

Se han categorizado las distintas áreas problemáticas en las relaciones de pareja, entre ellas se encuentran: la comunicación, el sexo, la diferencias propias del ser hombre y ser mujer, el poder, el dinero, las lealtades con la familia de origen, la presencia de los niños y la forma de abordar la intimidad. Estas áreas están vinculadas al contexto socioeconómico, cultural emocional o político en el cual la pareja se encuentra inmersa y al cual no puede mostrarse

ajena. Por lo tanto no se debe ignorar que la pareja es sólo una parte visible de un sistema más amplio en el cual están insertos y del cual reciben influencias (Sarquis, 1995).

La comunicación juega un papel muy importante dentro de las relaciones de pareja, esto significa comentar lo que les gusta y lo que les molesta ya que la comunicación abre los canales de la comprensión y hace posible la aplicación de los recursos para resolver los conflictos conyugales y familiares (Rage, 1996; Vargas, 2002).

Una característica importante de la comunicación, que permite la resolución de problemas, es la asertividad. La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos expresando pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y de manera apropiada, pero a su vez no viola los derechos de la otra persona (Jakubowski y Lange, 1978).

Asimismo se ha definido la conducta no asertiva como la violación de los derechos propios, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos o creencias, y al mismo tiempo, permitiendo a los demás que los violen. Por lo tanto, la asertividad es el punto intermedio e ideal, ya que de un extremo se tendría al individuo pasivo que pierde todo, y del otro, al individuo agresivo que hace que el resto de la gente pierda todo (Lange y Jakubowski, 1976).

La asertividad involucra muchas categorías de conducta emocional. La más común de estas categorías es la conducta de desacuerdo (es decir, la que se relaciona con derechos razonables). Una característica de la asertividad es la expresión de toda clase y grados de afecto (Wolpe, 1993).

Hay, además, un amplio grupo de respuestas asertivas que incluyen la admiración, la gratitud, la expresión de opinión y preguntas, y varios modos de expresión humorística. La palabra asertivo incluye los matices de amor y afecto, empatía y compasión, admiración y aprecio, curiosidad e interés como también ira, dolor, remordimiento, escepticismo, temor y tristeza, es así como el conocimiento del individuo como persona asertiva tiene que implicar el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo, por lo tanto la conducta asertiva sólo denotará aquel aspecto de la libertad emocional que está relacionado con la capacidad de pelear por los propios derechos (Lazarus, 1980).

De este modo, las personas en su constante interacción social se enfrentan a situaciones que de alguna u otra manera exigen una respuesta por parte del individuo, en la literatura se ha encontrado que esta respuesta puede ser de varios tipos: pasiva, agresiva, de automodificación y asertiva.

Pasividad: es la violación de nuestros propios derechos, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos, creencias y al mismo tiempo permitiendo a los demás que los violen (Lange y Jakubowski, 1976).

Agresividad: es la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesta, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás con la meta de dominar y ganar (Lange y Jakubowski, 1976).

Automodificación: es la expresión de sumo respeto por los demás, mostrando una capacidad para aguantar desilusiones, cargar responsabilidades y manejar sus propios problemas con la meta de hacer felices a otros y evitar conflictos a cualquier costo (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Asertividad: es la capacidad de hacer valer los derechos propios expresando creencias, sentimiento y deseos en forma directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de la otra persona (Jakubowski y Lange, 1978).

La asertividad puede ser vista como una herramienta que favorece las relaciones interpersonales que implica expresión emocional, autoexpresión, autodescubrimiento y capacidad de establecer valoración de si mismo, basándose principalmente en tres elementos generales: el derecho a expresarse, el respeto hacia el otro individuo y que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos que estén encaminadas hacia esta dirección (Flores, Díaz-Loving, y Rivera, 2002)

Debido a que la asertividad es considerada una herramienta que favorece las relaciones de pareja (Flores, 2008) se considera relevante elaborar un instrumento que explore el tipo de comunicación que se presenta en la convivencia de pareja.

ELABORACION DEL INSTRUMENTO

Dimensiones

Se realizaron cuatro preguntas con el fin de explorar datos sociodemográficos: sexo, estado civil, escolaridad, edad. Asimismo se plantearon cuatro preguntas que exploran las características de la población: ¿Vive con su pareja?, ¿Cuántos años tiene en su relación de pareja?, ¿Tiene hijos? y ¿Cuántos?.

La elaboración de ítems de la escala se llevo cabo a partir de dos fuentes: teórica y empírica. En la teoría se encontró que la asertividad ha sido estudiada por investigadores cognitivos-conductuales, estos investigadores abordan la conducta asertiva en tres áreas: asertividad, agresividad y pasividad (Caballo, 1991; Flores y Díaz-Loving, 2002).

Díaz-Guerrero (en Flores y Díaz-Loving, 2002) manifiesta que el comportamiento que caracteriza al mexicano es la automodificación, lo cual le lleva a mostrar sumo respeto por los demás, capacidad de soportar desilusiones, responsabilidades y problemas, con el objetivo de buscar la felicidad del otro y evitar conflictos.

Con base en las teorías anteriores, se elaboraron ítems que reflejaran los tres comportamientos propuestos por los investigadores cognitivo-conductuales y se incluyó un cuarto el cual fue propuesto por Díaz-Guerrero, debido a que es una característica de la población mexicana.

Con respecto a la fuente empírica se llevaron a cabo ocho entrevistas con el fin de explorar las áreas en las cuales las parejas identificaban que se podían comunicar mejor y las áreas en las que consideraban tener mayor dificultad para comunicarse. Las preguntas fueron abiertas, las cuales permitieron identificar las áreas en las que se puede observar el tipo de comunicación en la relación de pareja.

Las entrevistas se realizaron a 8 personas las cuales mantenían o mantuvieron una relación de pareja, del total 3 son hombres y 5 mujeres. Al comenzar la entrevista se le explicaba que ésta formaba parte de una investigación para conocer las características de las relaciones de pareja. Posteriormente se les preguntaba: “¿Qué temas consideras que son más fáciles de abordar con tu pareja y que temas son los más difíciles?”

Las áreas identificadas se muestran en la tabla 1. De todas las áreas encontradas se crearon ítems para las áreas de: sexualidad, administración del dinero, prácticas de crianza, familia extensa, relaciones sociales y tiempo libre. Para limitar el número de dimensiones se agruparon los ítems solo en cuatro dimensiones: 1) sexualidad, 2) administración del dinero, 3) prácticas de crianza y 4) relaciones interpersonales y recreación.

Tabla 1. Frecuencias de las áreas identificadas en las relaciones de pareja en las que se presentan mayor y menor dificultad

| Áreas | Frecuencia | |
|---|----------------|------------------|
| | Más dificultad | Menos dificultad |
| Hablar sobre las familias de origen | 2 | |
| Hablar de cosas positivas con respecto a la pareja | 1 | |
| Hablar de los sentimientos que se tienen con respecto a la pareja | 2 | |
| Búsqueda del espacio propio | 1 | |
| Infidelidad | 1 | |
| Prácticas de crianza | 5 | |
| Religión | 1 | |
| El dinero | 4 | 1 |
| Sentimientos y preocupaciones personales | 2 | 3 |
| El tema referente a las relaciones sexuales | 3 | 2 |
| Planes a futuro y expectativas | 3 | 3 |
| Situaciones cotidianas | 1 | 2 |
| Relaciones interpersonales | | 1 |
| Ideologías afines | | 1 |

VALIDEZ DE CRITERIO

Método

Con el fin de obtener la validez de criterio se realizó una Prueba t para muestras independientes, por cada uno de los datos sociodemográficos, lo cual permite identificar si las dos muestras pertenecen a la misma población o a poblaciones diferentes.

Resultados

Los resultados obtenidos mediante la prueba T son presentados en tablas. La Tabla 5 presenta los resultados de la prueba t por sexo, en la cual se encuentran diferencias significativas en el factor de agresividad, lo que indica que pertenecen a muestras diferentes con una t de 3.793 y .000 de significancia.

Tabla 2. Prueba t por sexo

| Factor | Media | | t | Significancia |
|-------------|---------|---------|--------|---------------|
| | Hombres | Mujeres | | |
| Sumisión | 51 | 48 | -1.517 | .131 |
| Asertividad | 61 | 63 | 1.468 | .144 |
| Agresividad | 32 | 38 | 3.793 | .000 |

La tabla 3 contiene los resultados de la prueba t por escolaridad. En el factor de asertividad se obtuvo una t de -2.550 con una confiabilidad de .011 y para el factor de agresividad se obtuvo una t de 2.145 con un nivel de significancia de .033.

Tabla 3. Prueba t por escolaridad

| Factor | Media | | t | Significancia |
|-------------|--------|----------------|--------|---------------|
| | Básica | Media superior | | |
| Sumisión | 50 | 47 | 1.872 | .062 |
| Asertividad | 60 | 64 | -2.550 | .011 |
| Agresividad | 38 | 35 | 2.146 | .033 |

Con respecto a la edad, no se obtuvieron diferencias significativa entre las muestras (ver tabla 4).

Tabla 4. Prueba t por edad

| Factor | Media | | t | Significancia |
|-------------|---------|---------|--------|---------------|
| | 17 a 40 | 41 a 73 | | |
| Sumisión | 47 | 50 | -1.300 | .195 |
| Asertividad | 63 | 61 | 1.240 | .216 |
| Agresividad | 37 | 35 | 1.848 | .066 |

Para la variable de tiempo de relación tampoco se obtuvieron diferencias significativas en ninguno de los factores (ver tabla 5).

Tabla 5. Prueba t por tiempo de relación

| Factor | Media | | t | Significancia |
|-------------|--------|---------|--------|---------------|
| | 1 a 10 | 11 a 59 | | |
| Sumisión | 47 | 49 | -1.154 | .250 |
| Asertividad | 64 | 61 | 1.422 | .156 |
| Agresividad | 37 | 36 | .185 | .854 |

La tabla 6, muestra los resultados obtenidos a partir de la prueba t para la variable número de hijos. Para el factor de asertividad se obtuvo una t de 3.515 con un nivel de significancia de .001.

Tabla 6. Prueba t por número de hijos

| Factor | Media | | t | Significancia |
|-------------|-------|-------|--------|---------------|
| | 1 a 2 | 2 a 7 | | |
| Sumisión | 47 | 51 | -1.854 | .065 |
| Asertividad | 65 | 59 | 3.515 | .001 |
| Agresividad | 36 | 37 | -.838 | .403 |

De manera general, los resultados indican que para el factor de sumisión existen diferencias significativas en las variables de escolaridad y número de hijos, asimismo para el factor de agresividad se encontraron diferencias significativas en las variables sexo y escolaridad.

ENSAYO DE CALIFICACION

El ensayo de calificación se llevó a cabo con la misma muestra con la que realizaron los procedimientos anteriores, dado el tiempo, no fue posible realizarlo en una muestra diferente.

Método

Con el objetivo de obtener las normas de calificación se llevó a cabo una Prueba t para muestras independientes para identificar si existían diferencias significativas entre hombre y mujeres en cada uno de los factores. Posteriormente se obtuvieron las medias y desviaciones estándar para poder establecer los criterios de calificación.

Resultados

La prueba t para muestra independientes arrojó que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para la los factores de pasividad y sumisión y que si existen diferencias significativas para agresividad.

Las normas de calificación para cada uno de los factores se obtuvieron sumando o restando (según el caso) las desviaciones estándar. Para el factor de agresividad las normas se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Normas de calificación para el factor de agresividad

| | Bajo | Normal | Alto | Muy alto | Demasiado alto |
|---------|----------|--------|-------|----------|----------------|
| Mujeres | Hasta 24 | 25-50 | 51-63 | 64-76 | Más de 77 |
| Hombres | | 24-39 | 40-47 | 48-55 | Más de 56 |

La tabla 8 muestra las normas de calificación para el factor de sumisión.

Tabla 8. Normas de calificación para el factor de sumisión

| Bajo | Normal | Alto | Muy alto | Demasiado alto |
|----------|--------|-------|----------|----------------|
| Hasta 31 | 32-63 | 64-79 | 80-95 | Más de 96 |

En la tabla 9 se muestra las normas de calificación para el factor de asertividad.

Tabla 9. Normas de calificación para el factor de asertividad

| Muy bajo | Bajo | Normal | Alto |
|----------|-------|--------|-----------|
| 20-33 | 34-47 | 48-75 | Mas de 76 |

DISCUSION

Las relaciones de pareja promueven el intercambio de comportamientos y lenguaje pueden facilitar o dificulta la calidad del relaciones interpersonales, por lo tanto, se consideró importante desarrollar una escala que evaluara la asertividad en la relación de pareja; debido a que en ésta se suscita la mayor parte de las interacciones familiares, y además porque existen pocos instrumentos de evaluación sobre este tema en la población mexicana.

La elaboración de la escala se llevó en dos etapas: la construcción de la escala y el análisis estadístico; en la primera etapa se realizó una prueba de claridad y jueceo; en la segunda etapa se llevo a cabo la discriminabilidad de los ítems, un análisis factorial, la obtención de la confiabilidad por cada una de las dimensiones, así como una global, validez de criterio y un ensayo de calificación.

A partir del análisis factorial se obtuvieron 75 ítems agrupados en tres factores; en primer factor quedaron 30 ítems pertenecientes originalmente a la dimensión de pasividad y automodificación, por lo tanto, se consideró darle el nombre de Sumisión; el segundo factor agrupo 21 ítems que pertenecen a la dimensión de Asertividad y el tercer factor agrupo 24 ítems de la dimensión de agresividad. No se incluyó el cuarto factor (automodificación) debido a que sólo agrupó cuatro ítems. El análisis arrojó una varianza total de 27.05 %.

Se obtuvo una Alpha de Cronbach para las tres dimensiones que quedaron a partir del análisis factorial, para Sumisión fue de .94, en Asertividad .93 y Agresividad de .92, además de un Alpha global de .89.

Dentro los alcances y limitaciones de la escala podemos mencionar que la muestra fue con una población urbana y sería recomendable ampliarla a otro tipo de muestras. También que sería recomendable una aplicación grupal ya que presentaron algunas dudas en la comprensión de las instrucciones y de esa forma sería más sencillo brindar asesoría a las personas.

REFERENCIAS

- Abbate, F. (1978). *Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares*. Buenos Aries. A AZ.
- Blanco, J. A. (1999). *Asertividad y relación de pareja: Una perspectiva sistémica*. Tesina de Licenciatura. FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brecklin, L. & Ullman, S. (2005). Self-defense or assertiveness training and women's responses to sexual attacks. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 738-762.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llavota, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de psicología, 37*, 63-74.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la relación de pareja*. México: Porrúa.

- Flores, M. (2008). Asertivo o no asertivo: Su impacto en el conflicto en hombres y mujeres. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 129-129.
- Flores, M. M., Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (2002). Estilos de poder y conductas en la relación de pareja. *La Psicología Social en México*, (9), 726-732.
- Flores, M y Díaz-Loving (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Porrúa.
- García, M. y Vargas, B. I. (2002). Satisfacción marital y evitación del conflicto. *La psicología social en México*, 9, 756-762.
- Jakubowski, P. & Lange, A. (1978). *The assertive option: your rights and responsibilities*. Research Press
- Lange, A. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Research Press
- Rodríguez, M., Fonseca, A. P. y Puche J. (2002). Características psicológicas de los hombres que ejercen violencia conyugal: Un estudio en Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 91-98.
- Sarquis, Y.C. (1995). Introducción al estudio de la pareja humana. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

2.2 REPORTE DE INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUALITATIVA

La investigación realizada con una metodología cualitativa, aborda el estigma experimentado por las personas que asisten a consulta al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y por sus familias, así como la estructura familiar que presenta el grupo familiar de estos pacientes. Más allá de la presentación de datos estadísticos, buscamos un acercamiento a las familias, dando voz a sus experiencias y vivencias, por lo que más allá de mostrar datos definitorios acerca del estigma y a estructura familiar se presentan los datos de los entrevistados en el siguiente resumen.

ESTIGMA Y ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

Adriana Elizabeth Ibarra López y Verónica Larrieta Carrasco

Resumen

Los trastornos y hospitales psiquiátricos han sido concebidos de diferentes maneras a lo largo de la historia. Estas concepciones van desde la fantasía hasta la información y el conocimiento oportunos de las personas que utilizan los servicios de esta especialidad. Sin embargo, actualmente las personas son atendidas en los hospitales psiquiátricos son estigmatizadas por el entorno familiar y social en el que se encuentran inmersos. La presente investigación busca documentar acerca del estigma que experimentan las personas que asisten a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico, así la estructura familiar de estos pacientes. Se aplicaron tres entrevistas semiestructuradas las cuales fueron analizadas en torno a cuatro categorías que se construyeron con base en la revisión teórica: primer contacto con la institución, presencia de un estigma, estructura familiar y percepción de los servicios que reciben del Hospital Psiquiátrico. Las conclusiones apuntan a que las personas son estigmatizadas, no por el diagnóstico, sino por asistir a una institución psiquiátrica, esta estigmatización puede ser generada en el entorno familiar y escolar, lo que ha llevado a las familias a evitar el estigma ocultando la información acerca de la atención recibida en la institución psiquiátrica.

Palabras claves:

Familias, estigma, estructura familiar, hospitales psiquiátricos.

Los trastornos psiquiátricos han estado presentes a través de la historia del ser humano, los cuales han sido consideradas como formas de locura. Actualmente se cuenta con mayor información respecto a estos padecimientos, no obstante, estas enfermedades tienen diferentes implicaciones tanto para quienes las padecen como para sus familiares, por lo tanto se han convertido en un importante problema de salud pública (Nasrallah, 1999, citado en Carmona, 2004).

Así como la concepción de los trastornos psiquiátricos, la imagen que la sociedad tiene de los hospitales psiquiátricos se ha modificado a través del tiempo. En un inicio, fue considerado un lugar aislado dedicado a la custodia de los “enfermos mentales” o “locos”, posteriormente se observó como un establecimiento sanitario en el que se aplicaban terapias físicas, después se transformó en un lugar en el que la psicoterapia individual y la terapia ambiental se utilizaban primordialmente y esta imagen sigue cambiando. Desde los años sesenta, la terapia familiar se ha insertado en estos hospitales para implementar un estudio sistémico del paciente. Por lo tanto, el hospital psiquiátrico es un centro en el que se ayuda a la familia del paciente para que modifique su rol, mientras se la estudia, valora, aprecia, cultiva, informa e instruye para que al concluir la hospitalización, pueda ejercer una influencia favorable sobre el paciente (Arieti, 1974).

A pesar de los cambios que socialmente se han dado en torno a la hospitalización, la atención y los trastornos psiquiátricos, las instituciones mentales siguen llevando una marca negativa que afecta a la persona que requiere el servicio y a sus familiares (Crespi, 1990).

En un principio, el término *estigma* fue utilizado por los griegos para referirse a los signos corporales que consistían en cortes y quemaduras en el cuerpo, que exhibían a los esclavos o a quienes habían cometido alguna falta moral. Este término, actualmente es utilizado con un sentido muy similar al original, pero ahora no se utiliza para designar a la marca corporal, sino al “mal” en sí mismo (Goffman, 2003).

La sociedad ha construido, a través del tiempo, diferentes categorías en las que se clasifica a las personas, en cada una de estas categorías también se determinan los atributos que permiten ubicar a las personas como “normales” o “anormales”. Es en este juego de la sociedad, en el que un atributo que estigmatiza a un ser humano, significa la confirmación de “normalidad” de otro, provocando la discriminación y la construcción de teorías explicativas de la inferioridad de las personas. De este modo, en esta sociedad va teniendo lugar la *identidad social*, definida por la categoría a la que pertenece y los atributos que posee una persona (Goffman, 2003).

Así cuando las personas “normales” y las estigmatizadas se hallan en una misma situación social, ambos organizan su vida evitándose mutuamente. Probablemente, esto tenga consecuencias muchas veces mayores para el estigmatizado, pues debe ser él quien realiza el mayor esfuerzo para adaptarse. Una de las acciones que llevan a cabo las personas estigmatizadas, consiste en ocultar los signos que han llegado a ser símbolos de estigma; con el objetivo de reducir la tensión y para evitar ser señalado, manteniendo una participación espontánea en su contexto social.

Se ha encontrado que el estigma que se construye en torno a los pacientes psiquiátricos, se basa en tres elementos: 1) las representaciones de la cultura popular; 2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y 3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades solo de oídas, chismes y rumores que caricaturizan la realidad (Chuaqui 2005).

Por otro lado, el contacto con los familiares de los pacientes internados, ha permitido conocer la construcción de este estigma, oscilando entre sentimientos de vergüenza, culpa, hostilidad, aversión y piedad hacia si mismos. Se muestran ansiosos al mirar los cambios que provoca en su familia la presencia de un miembro con una enfermedad, que requiere de atención psiquiátrica (Gralnick y Schween 1974).

Las historias clínicas de la mayoría de los pacientes de hospitales psiquiátricos, registran daños en sus relaciones ya sean familiares, sociales (en el trabajo o escuela) y en organizaciones tales como la iglesia (Goffman, 1984). Por lo tanto, las familias que tienen un miembro que recibe atención en un hospital psiquiátrico, en muchas ocasiones enfrentan el estigma mediante el alejamiento social, es decir, evitan las relaciones interpersonales y las actividades que requieren de la socialización. De este modo, el estigma favorece la discriminación teniendo consecuencias negativas que impactan a todo el conjunto familiar (Crespi, 1990; López, 2004).

Ahora bien, desde la Terapia Familiar, fue Minuchin (1989), quien se centró en la estructura de la familia como una manera de abordar sus problemáticas, algunos de los conceptos utilizados por el autor y por Fischman, sirven para comprender la dinámica del grupo familiar (Minuchin, 1989; Minuchin y Fishman, 1994). La estructura familiar es entendida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza la manera en que interactúan los miembros de la familia. Desde este planteamiento se encuentra entonces, una distinción del sistema familiar en subsistemas a través de los cuales la familia desempeña sus funciones: subsistema conyugal, subsistema parental y subsistema fraterno.

Asimismo, este autor pone énfasis en los roles, que son lo papeles que se le asigna a cada miembro de la familia, ya sea por tradición, idiosincrasia o cultura. La flexibilidad es otro de los conceptos que manejan estos autores y se refiere a la capacidad de cambio que permite la reestructuración de la familia y el desarrollo de los individuos, acorde a las demandas internas y externas al grupo familiar.

Las demandas internas y externas de las familias en las que uno de sus miembros requiere de los servicios de una institución psiquiátrica son vastas y diferentes. Por lo tanto se considera de suma importancia el estudio de los fenómenos que ocurren dentro de éstas familias. Así, se

han planteado las siguientes preguntas de investigación: ¿cómo es la estructura de las familias que asisten a consulta externa en el hospital psiquiátrico?, ¿las personas que asisten a consulta externa son estigmatizadas por padecer un trastorno psiquiátrico?, ¿las familias que acuden a consulta externa al hospital psiquiátrico perciben a esta institución como un apoyo?

MÉTODO

Participantes

La muestra de la presente investigación se conformó de dos madres de familia y una pareja, que llevan a sus hijos a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. El Cuadro 1 presenta algunos de los datos de las familias.

Cuadro 1. Datos relevantes de las personas que conforman la muestra

| No. De entrevista | Entrevistado(a) | Paciente identificado(a) | Edad | Personas con las que vive el PI | DX |
|-------------------|-----------------|--------------------------|------|--|------------------------------------|
| 1 | Mamá | Hija | 10 | Mamá, papá y hermano de 9 años | Depresión |
| 2 | Mamá | Hija | 15 | Mamá, padrastro, hermano de 16 años, medio hermano de 5 años | Trastorno oposicionista desafiante |
| 3 | Pareja | Hijo | 11 | Papá y mamá (familia reconstituida) | TDA |

Instrumentos

Se diseñó una entrevista semiestructurada la cual permitió analizar la estructura familiar, identificar las situaciones por las que atraviesan las familias cuando uno de sus miembros es atendido en un Hospital Psiquiátrico e identificar si estas familias son estigmatizadas por sus familiares, amigos o compañeros.

Procedimiento

Las tres entrevistas se llevaron a cabo de manera individual por las dos psicólogas y fueron grabadas en audio. Una vez hechas las entrevistas se realizó una transcripción de las mismas. Posteriormente se realizó un análisis con base en la literatura revisada identificando: 1) como fue el primer contacto con la institución psiquiátrica; 2) la presencia de un estigma, ya sea por parte de la familia del paciente, amigos y/o conocidos; 3) la estructura de la familia y si dicha estructura ha cambiado debido al diagnóstico y tratamiento psiquiátricos y 4) si los familiares vislumbran a la institución psiquiátrica como un apoyo.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

A continuación se dan ejemplos de la información que dan las personas entrevistadas y que coincide con la información encontrada en la literatura.

Una de las formas en las que la familia establece un primer contacto con una institución psiquiátrica es debido a la petición de internamiento de uno de sus miembros. En el caso de los jóvenes usualmente es usada la fuerza, ya que éstos se niegan a asistir al hospital (Goffman; 1984):

“...le dije -cámbiate y vámonos al hospital-, -no mamá no por favor no me lleves por favor, te juro que me porto bien, te lo juro mamita-...”

“...él la agarró de las muñecas y yo la agarré de los pies y así la bajamos. Ella se alcanzó a agarrar del barandal de la escalera...” (segunda entrevista)

Cuando las personas son internadas en hospitales psiquiátricos, la experiencia que surge es de abandono, deslealtad, resentimiento y traición aunque se reconozca, a poco de estar en el hospital, que necesita el tratamiento (Goffman, 1984):

“...ella (su hija¹) me odiaba mucho y creo que hasta la fecha no ha pasado su odio porque la metí aquí, ella tenía la idea de que me quería deshacer de ella y que por eso la dejé aquí, creo que ahora ella ha madurado un poco, se ha visto su cambio, dice -la neta sí me sirvió-...” (segunda entrevista)

En las tres entrevistas se identifica el temor ante la posibilidad de un estigma, el cual no es generado por el diagnóstico, sino por asistir a una institución psiquiátrica :

“Trato de que la gente que no lo entiende no lo sepa, nada mas la gente que lo debe de saber lo tiene que saber...”(primera entrevista)

“...de hecho saben pocos, saben que va a terapias pero no saben a que hospital, cuando ella estuvo internada aquí (en el psiquiátrico²), yo hablé con algunos maestros...” “... y acordamos decir que la iban a operar de los intestinos...” “...las chamaquitas querían venir -hay que vamos al hospital-, -no, no pueden-, - pero ¿por que señora?-, -por que está en un área aislada y ella no puede recibir emociones-bueno, les dije...”

¹ La aclaración es nuestra

² La aclaración es nuestra

“...pues que ella (su hija³) no quería que se enteraran, o sea, a mi no me da pena decir “voy a terapia” pero ella no quería que se enteraran sus compañeros que estaba internada en un hospital psiquiátrico...” (segunda entrevista)

“no tendrían porque saber que viene al hospital, o sea, él no tiene actitudes agresivas de ninguna índole que generaran aversión...” (tercera entrevista)

Los términos loco, psicótico, bipolar, maniaco, entre otros, eran utilizados por un sector específico de la sociedad, pero actualmente, son usados de manera popular alejados de su significado original, para estigmatizar a los pacientes de un hospital psiquiátrico (Goffman, 2003):

“...su papá no quería que la trajera -no mi hija no esta loca, la loca eres tu-...”

“...él se burla, él le dice -tu estas loca, yo no quiero estar...- incluso él (su otro hijo) odia venir a este hospital, lo odia...”*

“...él (su papá) se burla, él le dice que esta loca, que este...dice -hay no dice, ahí hay puro loco...” (primera entrevista)

Las personas que presentan padecimientos psiquiátricos son estigmatizadas y uno de los elementos de este estigma se relaciona con las representaciones de la cultura popular (Chuaqui 2005). Estos estigmas generan burlas y descalificaciones, lo cual dificulta la convivencia cotidiana. En un fragmento de la entrevista la mujer entrevistada refiere:

“...se enteró toda la escuela y empezaron a insultar a mi hija, que estaba loca, que mi hija venía de un hospital de loqueros...” (Primera entrevista)

En otros casos, se evita que las personas que conforman el entorno social de los pacientes se enteren de la atención que reciben, para evitar así las burlas y la estigmatización:

“Le dije que la traía al hospital pero no le dije porque, no lo entienden, ellos piensan venir a un hospital es que venir a un hospital de estos es que ya estas muy mal, no lo entiende y yo conozco a mi hermano y se que se puede llegar a burlar de mi hija y yo no permito que se burlen de mi hija” (primera entrevista)

“... ella dice que va a consulta por lo del intestino...” “... no creo que sepan que estuvo internada, ni el porque..., ni que se cortaba ni nada, yo he respetado eso con sus amigas, pues por respeto a ella ¿no? porque tampoco quiero que, ya saben como son

³ La aclaración es nuestra

¿no? se burlan y demás y tampoco quiero que la agarren con ella...” (segunda entrevista)

Cuando las personas “normales” y las estigmatizadas se hallan en una situación social, ambos tienen que organizar su vida evitándose mutuamente, aunque en la mayoría de las veces es el estigmatizado quien realiza el mayor esfuerzo para adaptarse (Goffman 2003):

“...Yo en la otra escuela también los saqué porque le hacían burla, y eso fue también lo que me molestó, no en esta escuela sino en la otra que estaba...”

“...y fue por eso también que cambie a mi hija de la escuela...” (primera entrevista)

Con respecto a la estructura familiar, se encontró que en una de las familias, los roles no estaban claros:

“...al principio le costo mucho, él quería ser el papá y decía –como que mi hermana se esta saliendo de la raya, ven acá-. La doctora le dijo –no tu no eres el papá, tu eres el hermano mayor nada más y no porque seas el mayor tienes la autoridad con los otros dos, los tres son hijos y se acabó...” (segunda entrevista)

En otra familia existen problemas en cuanto a la jerarquía ya que el menor es quien dicta las reglas:

“...la mayor parte del problema se ve que no hay límites en casa; como el niño está solo todo el día pues es lo que le ha afectado, nosotros tenemos que irnos a trabajar, el niño se queda con su abuelita pero pues no, no hay límites...”

“...el niño, por el problema que tiene y aparte que no hay límites, pues si nos ha llegado, o sea, no obedece no hace nada, le cuesta mucho hacer las tareas...” (tercera entrevista)

Para el cuidado de sus miembros, el sistema parental o parte de él, realizan cambios en su vida cotidiana para cumplir sus funciones:

“...trabajo en la noche, se me hace difícil. Yo nada más voy a dejar a los niños a la escuela, regreso y... trato de dormirme un poco. No duermo mucho, sólo tres, cuatro o cinco horas...”

“...yo ahorita no he dormido nada, pero... llámeme diario y yo vengo (risa)...” (primera entrevista)

“... si he dejado de hacer cosas para traerla al hospital y no sería la excepción, o sea yo, prefiero que venga al hospital a que valla a la escuela...”

Entrevistadora “¿Qué he dejado de hacer?”

Entrevistada: “pues por ejemplo trabajos, porque a mí ya me urgía trabajar y yo decía pero no puedo porque tengo que estar en el hospital...” “...Pues el trabajo y en parte también la escuela, porque los quería meter en la mañana pero pues también dije no, si los meto en la mañana también no voy a poder...” (segunda entrevista)

Entrevistadora: “¿Y en la cantidad de los permisos cómo ha afectado en su trabajo?”

Entrevistada: “Pues más o menos, no pasa de que me descuentan mi día y ya, sí nada más” (tercera entrevista)

La tarea de los hospitales psiquiátricos es ayudar a la familia del paciente para que modifique su rol, al tiempo que se la estudia, valora, aprecia, cultiva, informa e instruye (Arieti, 1974). En este sentido, la institución psiquiátrica en la que se realizó el estudio, es percibida como un apoyo para los pacientes y su familia:

“...pues hasta ahorita me ha servido de mucho, mmm pues en cierta forma ahorita, ahorita con Wendy yo si estoy muy confundida, porque le digo, se le quito una cosa, pero le esta pasando otra, y yo quiero, quiero entender porque, yo quisiera que me explicara alguien el porque es el cambio, si porque esta habiendo problemas o no se, quisiera entender porque le esta pasando esto...”

“Pues a mí forma de ver me ha ayudado mucho en lo económico porque no me cobran mucho, a lo mejor si gasto mucho en pasajes pero yo también ya entiendo que es una especialidad y le han hecho estudios y tampoco me los han cobrado así excesivamente caros” (primera entrevista)

“...mis respetos también, excelente doctor, porque yo tenía muchas preguntas, me dijo -¿sabe que? escríbame y yo le contesto- y todavía tengo mi cuaderno le hice como 59 preguntas y agarro mi cuaderno y contesto una por una, y yo le volvía a repetir -oiga pero la pregunta trece- y me la volvía a contestar...” (segunda entrevista)

“bueno a mí si me gustó el trato, con el interés que le ponen a cada caso, en este caso era con mi hija con la que venía anteriormente, y pues si me gustaba como platicaban con ella, le hacían estudios psicológicos, le hacían este... se le trataba de todo ¿no? con el paidopsiquiatra y aparte pues el interés que le ponían y es que si es importante el medicamento o sea (inaudible) encuentra uno a veces (inaudible) tranquilidad y saber que le están dando la respuesta de como tratar el problema, de como llevarlo, entonces a mí si me ayudó en ese aspecto”

“...y con mi hijo, yo quería que el viniera aquí...” (tercera entrevista).

El cuadro 2, muestra las categorías que fueron retomadas de la literatura, que permite el análisis de las entrevistas.

Cuadro 2. Categorías para el análisis de entrevistas

| No. De Entrevista | Primer contacto con la institución psiquiátrica | Presencia de un estigma | Estructura de la familia | Percepción de(l) la entrevistada(o) sobre la institución psiquiátrica |
|-------------------|---|--|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Recorren varias instituciones en busca de un diagnóstico debido a los síntomas presentados por su hija -Acuden a consulta externa por derivación de un médico -La paciente identificada no se opone a asistir al hospital | <ul style="list-style-type: none"> -Temor ante la posibilidad de un estigma -Estigmatización generado por asistir a una institución psiquiátrica y no por el diagnóstico -Estigmatización utilizando términos que popularmente se han alejado de su significado original -Burlas, tanto por la familia como por el contexto escolar -Evita compartir información para evitar el estigma | <ul style="list-style-type: none"> -Familia nuclear -Pobre participación del padre en las funciones parentales - Pauta de interacción caracterizada por la agresividad entre el holón de hermanos -Alianza entre los hijos y la madre -Coalición del hijo menor con el padre al estigmatizar a la PI | <ul style="list-style-type: none"> -Percibe a la institución psiquiátrica como un apoyo en la mejora de su hija -Tiene dudas sobre los síntomas que han aparecido, percibe al hospital como el lugar donde pueden aclarar sus dudas - Es accesible a su economía |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> -Se hace uso de la fuerza para llevar a la adolescente quien se queda internada -La paciente identificada experimenta abandono, deslealtad y resentimiento hacia sus familiares que la internaron -Posteriormente la PI reconoce la necesidad del tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> -Temor ante la posibilidad de un estigma, no por el diagnóstico, sino por la atención en un hospital psiquiátrico -Evita compartir información acerca de la atención psiquiátrica para evitar el estigma | <ul style="list-style-type: none"> -Familia reconstituida -El holón parental esta compuesta por la madre, el padrastro y el hermano mayor -Falta de claridad en el desempeño de roles y funciones: el hermano mayor actuaba como el padre de la PI -Alianza entre la madre y el hijo mayor | <ul style="list-style-type: none"> -Satisfacción por el trabajo multidisciplinario (terapia familiar, individual, neurólogo, psicopsiquiatra) -Satisfecha con el trato del personal -El personal de la institución le ha resuelto todas sus dudas en cuanto al tratamiento -Económicamente accesible |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> -Acuden a consulta externa debido a los problemas de conducta de su hijo -No existe oposición del paciente identificado al asistir al hospital | <ul style="list-style-type: none"> -Temor ante la posibilidad de un estigma, no por el diagnóstico, sino por la atención en un hospital psiquiátrico -Evita compartir información acerca de la atención psiquiátrica, para evitar el estigma | <ul style="list-style-type: none"> -Familia reconstituida -El holón parental incluye a la abuela -Dificultad en las funciones parentales que son realizadas por la abuela -Dificultades en la | <ul style="list-style-type: none"> -Tienen una experiencia previa satisfactoria con la atención en el hospital -El personal del hospital les provee de la información necesaria acerca del tratamiento |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | -La familia ya poseía información previa sobre el trato en el hospital | | organización jerárquica entre el holón parental y la abuela | -Satisfacción con el trato del personal |
|--|--|--|---|---|

DISCUSIÓN

Los resultados de ésta investigación apuntan a la presencia del estigma en las personas que reciben algún servicio en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. Arieti (1974) refiere que la tarea de los hospitales psiquiátricos se centra en proveer a los pacientes de los cuidados especiales que requieren, actuando en principio como una barrera entre estos y la sociedad (en caso de internación), pero con la finalidad de eliminar esta barrera, así, el primer contacto que las personas de esta investigación han establecido con la institución psiquiátrica, deja al descubierto que las madres de los pacientes asisten buscando un apoyo, pues se sienten rebasadas por la conducta de sus hijos(as), y vislumbran al Hospital psiquiátrico como una opción de atención .

Este nuevo rol ha sido asumido por los familiares de los pacientes como un apoyo y como un medio para hacerle frente a los trastornos que padecen los miembros de su familia. No obstante, y pese al cambio del rol de los hospitales psiquiátricos, actualmente los pacientes de estas instituciones y sus familiares, siguen siendo objeto de estigmas. Sin embargo, este estigma no hacen referencia al padecimiento en si mismo, sino al hecho de asistir a un hospital psiquiátrico tal como lo menciona Goffman (2003).

Estos estigmas afectan las relaciones sociales de los pacientes y de sus familiares. Una de las maneras de impedir la estigmatización, es evitando que las personas que conforman el entorno social de los pacientes, se enteren de la atención que reciben, de manera que los familiares son muy cuidadosos al compartir esta información. En otros casos, cuando el estigma ha provocado burlas y descalificaciones por el entorno, la familia realiza cambios en su vida cotidiana, como cambios de escuela, para que los pacientes no sufran las consecuencias de la estigmatización.

Se encontró también que cuando la familia se ha involucrado en el tratamiento del paciente psiquiátrico, realizan cambios en su vida cotidiana, tales como dejar sus empleos, pedir permisos o conseguir horarios laborales que les permitan asistir a consulta; así como faltas a la escuela tanto de los pacientes, como de sus hermanos.

Debido que la muestra de esta investigación es muy pequeña no se pudieron observar características específicas en cuanto a la estructura familia, sin embargo, se observa que la

atención terapéutica recibida ha podido clarificar la necesidad de algunos movimientos en las familias, tales como la necesidad de clarificar los roles y los límites.

Tal como lo menciona Arieti (1974) las instituciones psiquiátricas han llegado a ser un apoyo para los pacientes y sus familiares, de modo que se busca que la familia se informe, instruya y cambie su rol, éstas funciones son percibidas por las personas entrevistadas en este estudio, quienes están satisfechas por el servicio que reciben en dicha institución, no obstante, y a pesar de esta percepción positiva acerca del Hospital, el estigma por la asistencia a dicha institución sigue siendo un problema para estas familias.

Por lo tanto, en consonancia con Chuaqui (2005), se considera la importancia de la difusión de información acerca los padecimientos, así como del rol de las instituciones psiquiátricas, ya que contribuiría a disminuir los estigmas en torno a los pacientes psiquiátricos.

REFERENCIAS

- Arieti, S. (1974). Prefacio. En Gralnick, A. (comp). *El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Carmona, J. L. (2004). *Características sociodemográficas y antecedentes obstétricos en pacientes esquizofrénicos*. Facultad de medicina, UNAM. Tesis para obtener el diploma en la especialidad de psiquiatría.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*. 2 1, 45-66.
- Crespi, T. D. (1990). La restricción y el aislamiento con adolescentes institucionalizados. *La adolescencia*. 25, 825-829.
- Goffman, E. (1984). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gralnick, A. (1974). *El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- López, M. (2004). Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía. *Acta psiquiát Psicol Aun lat*. 50 2, 99-109.
- Minuchin, S. (1989) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Durante la Residencia en Terapia Familiar, el desarrollo de Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento requiere del acercamiento del profesional a los individuos, familias y comunidades, así como el conocimiento de las problemáticas que les aquejan, para la creación de programas de prevención e intervención, que den respuesta a estas necesidades,

mediante el diseño de herramientas que permitan la difusión del conocimiento adquirido. Es por ello, que dentro de la formación se requiere la elaboración de materiales denominados “Productos Tecnológicos”, mediante los cuales se evidencia la adquisición de tales habilidades.

3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

Teniendo como objetivo el desarrollo de las Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, realicé dos productos tecnológicos: una conferencia para padres sobre el establecimiento de reglas y límites en la relación con sus hijos, y un taller para niños de 3 a 5 años con sus padres, madres y/o cuidadores.

3.1.1 Conferencia: “Las reglas y límites como una forma de relación entre padres e hijos”

La conferencia “Las reglas y límites como una forma de relación entre padres e hijos” la impartí en una Estancia Infantil subsidiada por SEDESOL en la delegación Coyoacán. En dicha Estancia asisten niños de 1 año a 3 años con once meses de edad. La conferencia tuvo una duración de 60 minutos, con la asistencia de 25 padres, madres y/o cuidadores de los menores que asisten a la Estancia.

Objetivo: Abordar con los padres el tema de las reglas y límites como una manera de relacionarse con sus hijos, favoreciendo el buen funcionamiento de los menores en diferentes contextos.

Justificación: La familia es el primer y más importante grupo para el desarrollo integral de los individuos, pero actualmente los cambios sociales tales como: la integración de cada vez más mujeres al campo laboral remunerado y la extensión de los horarios escolares; ha provocado que los contextos escolares y de cuidado infantil sean vistos como los principales formadores y estimuladores para el desarrollo de los menores. Actualmente, es necesaria la sensibilización para una participación más activa de los padres en el establecimiento de reglas y límites con los menores. Esta última fue una necesidad referida por la directora de la Estancia, quien solicitó que se les proveyera a los padres de información útil acerca de este tema.

Contenidos:

1. Desarrollo infantil
 - La importancia de los primeros tres años de vida
 - Nociones del desarrollo físico, psicológico y social
2. ¿Por qué reglas y límites?

- Su utilidad en diferentes contextos
 - Una forma de relación en los contextos familiares
 - Los niños ante las reglas y límites
3. ¿Cómo establecer las reglas y límites?
- La actitud de los padres
 - Características de las reglas y límites

Resultados: Los padres, madres y cuidadores que asistieron se mostraron interesados en el tema abordado. Durante la conferencia se dio oportunidad para que los participantes expresaran dudas o comentarios. Los asistentes se mostraron participativos durante toda la conferencia lo que permitió un intercambio de ideas y construcción de ideas entre todos los participantes.

3.1.2 Taller: “Aprendiendo a establecer reglas y límites mediante el juego”

El taller se llevó a cabo en una institución escolar, con una duración de seis horas, las cuales se distribuyeron en tres sesiones semanales, de dos horas cada sesión.

Descripción del taller

Nombre: “Aprendiendo a establecer reglas y límites mediante el juego”

Duración: 6 horas

Población a la que está dirigido: Niños(as) de 3 a 5 años con sus padres, madres y/o cuidadores

Número mínimo y máximo de participantes: 10-15

Objetivos

Objetivo general: Favorecer las relaciones entre los niños(as) y sus padres, madres y/o cuidadores, así como el establecimiento de reglas y límites mediante actividades lúdicas.

Objetivos específicos

- Reflexionar sobre el tipo de relación que los adultos han establecido con los menores así como su funcionalidad

- Aprender a utilizar el juego como una herramienta para mejorar la relación entre menores y adultos, y para el establecimiento de reglas y límites
- Contribuir en el desarrollo de una mejor relación entre los adultos y los menores

Justificación

La familia ha permanecido como un grupo trascendental en el desarrollo de los individuos, evidenciando su vigencia como forma de organización. El grupo familiar se encuentra en constante cambio, mostrando su permeabilidad al contexto cultural, social, político y económico (Quilodrán, 2008). Una de las funciones que ha llevado a cabo la familia, es el cuidado y desarrollo de los niños, sin embargo, los cambios en el contexto han provocado que estas funciones sean compartidas con otras personas e instituciones.

Por otro lado, los estilos de crianza que adoptan las familias también han cambiado a través del tiempo, muchos de estos cambios han sido generados por la psicología, de modo que actualmente los padres se inclinan más por formas de crianza menos rígidas.

Ante estos cambios es necesario que los padres y cuidadores de los menores, posean claridad entre las formas educativas que eligen al relacionarse con los menores, sin descuidar la adquisición de habilidades de estos últimos para adaptarse a los diferentes contextos: familiar, escolar, social etc., entre las cuales se encuentra el control de impulsos, la tolerancia a la frustración, el autocontrol y el aprendizaje acerca de las reglas del mundo que les rodea.

Contenidos

Los contenidos del taller se desarrollaron en torno al objetivo del mismo. Todos los temas se abordaron mediante actividades lúdicas, con un espacio para la reflexión. Se utilizó el juego como una herramienta útil para la adquisición de habilidades en los menores, pero también como una herramienta que pueden utilizar los adultos para mejorar la relación con los(as) niños(as).

El Cuadro 1, muestra los temas y subtemas abordados en el taller, durante las tres sesiones que duró el mismo.

Cuadro 1. Contenidos del taller “Aprendiendo a establecer reglas y límites mediante el juego”

| Generacion y perpetuacion de conflictos | Mejorando las relaciones | Reglas y límites |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • El(la) niño(a) ideal Vs el(la) niño(a) real • Participacion de los adultos en la creacion y mantenimiento de las dificultades • Formas de educacion y crianza | <ul style="list-style-type: none"> • Reciprocidad en las relaciones • El juego como una forma de establecer una relacion funcional • Hacer más de lo que funciona y menos de lo que no funciona | <ul style="list-style-type: none"> • Caracteristicas de las relas y limites • El juego como una herramienta para el establecimiento de reglas y limites • La utilidad de los cuentos |

Resultados

La mayoría de los adultos participantes fueron madres o padres de los menores con quienes asistieron al taller, también asistieron dos abuelas, quienes se encontraban a cargo del cuidado de sus nietos. Todos los asistentes se mostraron participativos durante las sesiones, mostrando interés sobre el tema abordado.

3.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Las actividades de un terapeuta familiar no solo se limitan al ámbito clínico, sino incluyen también la incidencia en las comunidades, con poblaciones de diferentes características, para la prevención e intervención de las problemáticas que éstas presentan o pueden presentar. Por lo tanto, como parte de la formación, es indispensable el desarrollo de estas habilidades, creando programas de intervención comunitaria que implican la detección de necesidades, el desarrollo de talleres, la implementación y evaluación de los mismos.

3.2.1 TALLER: ¿QUÉ ONDA CON LAS DROGAS?

El taller se desarrolló en una comunidad cristiana. Apliqué un cuestionario para detectar las necesidades, el cual incluía cuatro temas: violencia en el noviazgo, proyecto de vida, prevención de consumo de sustancias adictivas y resolución de conflictos en las relaciones interpersonales. Estos temas fueron sugeridos por los líderes de dicha comunidad. Los resultados del cuestionario mostraron la necesidad de realizar una intervención preventiva del consumo de sustancias adictivas. El cuestionario de detección de necesidades también permitió identificar el día y horario más conveniente para la impartición del taller.

Es importante mencionar que dicha comunidad se encuentra en la Colonia Ejército de Oriente, en la Delegación Iztapalapa, reconocida como una colonia de alto riesgo.

Descripción del taller

Nombre: ¿Qué onda con las drogas?

Duración: 10 horas

Población a la que está dirigido: Adolescentes de 13 a 16 años

Número mínimo y máximo de participantes: 7-10

Objetivos

Objetivo general: Promover factores de protección en los adolescentes para prevenir el consumo de sustancias adictivas.

Objetivos específicos

- Reflexionar acerca del tema de las drogas, uso, abuso y adicción.
- Crear un espacio de diálogo acerca de los factores de riesgo que influyen en el inicio del consumo
- Generar de manera conjunta alternativas al consumo de drogas

Justificación

El consumo de sustancias adictivas es una problemática que ha ido en incremento en nuestro país en los últimos años, y la edad de iniciación del consumo es cada vez más temprana. Es por eso que es importante, no solo intervenir, sino crear programas que prevengan las adicciones en la población mexicana.

La prevención del consumo de sustancias adictivas, se ha realizado de distintas maneras. En un inicio, las diferentes culturas al darse cuenta que el abuso de sustancias psicoactivas generaba adicción trataron de prevenirlo mediante la desaprobación y prohibición de su consumo. Posteriormente la prevención se centró en informar acerca de las consecuencias de consumir drogas. No obstante, ni la prohibición, ni la información generaba los resultados deseados. En los últimos años, se ha tratado de prevenir el inicio del consumo de drogas generando factores de protección que sirvan como alternativas a las drogas (Pérez 1999; Maciá, 2000; Llanes, Castro y Margain, 2003; Centros de Integración Juvenil, 2005).

Si bien es importante proveer información sobre temas de drogas, este hecho en si mismo no modifica las conductas de riesgo, por lo tanto debe complementarse con otras acciones, tales como hacer énfasis en el uso y abuso del alcohol y tabaco (que son drogas legales), subrayar lo positivo del no uso y no abuso de sustancias, desarrollar hábitos de salud y promover valores, actitudes y conductas contrarias al consumo y proponer objetivos realistas con base en el conocimiento de la población (Maciá, 2000).

Contenidos

Los contenidos del taller se organizaron en torno al objetivo del mismo, buscando compartir información acerca de los temas, no solo por parte de la terapeuta, sino también motivando a los participantes quienes con sus aportaciones enriquecieron el taller. Si bien, los temas fueron determinados por la terapeuta, cada una de las actividades fueron pensadas desde un enfoque socioconstruccionista que permitiera la construcción de ideas desde todos los participantes. El cuadro muestra los contenidos del taller distribuidos en las cuatro sesiones.

Cuadro 1. Contenidos del taller “¿Qué onda con las drogas?”

| Drogas | Factores socioculturales | Factores familiares | Factores individuales |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son las drogas? • Uso, abuso y adicción • Clasificación de drogas • Las diferentes drogas • Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Mitos acerca de las drogas • Medios de comunicación • Grupos de pares • Presión social • Toma de decisiones • Asertividad | <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos familiares • Comunicación • Establecimiento de límites • Las emociones • Autocontrol • Los valores | <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo libre • Recursos • Autoestima • Expectativas • Proyecto de vida |

Evaluación

Los objetivos del taller se cubrieron satisfactoriamente. Los adolescentes realizaron reflexiones importantes acerca de las ideas culturales, familiares y de su grupo de pares, acerca de las drogas y su consumo. Reflexionaron acerca de los factores de riesgo a los que están expuestos y que pueden colocarlos en una situación de riesgo, y se construyó un espacio en el cual se generaron factores de protección para prevenir el consumo de sustancias adictivas.

En la última sesión, se aplicó un cuestionario para evaluar el taller, los resultados se presentan en las tablas

Cuadro 2. Evaluación del taller realizada por los participantes

| | Siempre | Casi siempre | A veces | Nunca |
|---|------------------|--------------|----------------|-------------|
| La facilitadora fue clara en la exposición de los temas | 7 | 1 | 0 | 0 |
| La facilitadora respondía las dudas que surgían en el grupo | 8 | 0 | 0 | 0 |
| Los materiales fueron adecuados para la exposición de los temas | 7 | 1 | 0 | 0 |
| Los temas revisados fueron de utilidad para ti | 6 | 2 | 0 | 0 |
| Las dinámicas utilizadas ayudaron a comprender los temas | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | Excelente | Bueno | Regular | Malo |
| El lugar en el que se impartió el taller fue: | 5 | 3 | 0 | 0 |
| El horario en el que se impartió el taller fue: | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Los temas y contenidos del taller fueron: | 5 | 3 | 0 | 0 |

3.3 REPORTE DE PRESENTACIÓN EN UN FORO ACADÉMICO

Además de la formación clínica, la formación en la investigación y la formación en intervención comunitaria, el terapeuta familiar debe estar inmerso en un contexto que le permita el intercambio y la difusión del conocimiento. Para este fin se motiva a los residentes a participar en un foro académico, que requiere no solo la presentación de un tema desarrollado, sino la participación en un contexto que permita la actualización de conocimientos, la convivencia y el intercambio con otros profesionales y el desarrollo de habilidades que permitan la transmisión del conocimiento generado mediante la investigación.

Con este objetivo participé en el Primer Congreso de Alumnos de Posgrado organizado por la Coordinación de Estudios de Posgrado de la UNAM. Este congreso se llevo a cabo del 18 al 20 de Mayo del 2014, en el cual participé como ponente con el tema “Funcionamiento familiar y estrategias de comunicación en la pareja”.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, contempla dentro del perfil de egreso de los terapeutas familiares, la adquisición de habilidades de ética y compromiso social, las cuales se presentan a continuación (Programa de estudios de posgrado, 2013, 6 de noviembre):

1. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social
2. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios
3. Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales
4. Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional
5. Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional
6. Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante
7. Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario

A lo largo de mi formación en la residencia, se abordaron cada uno de los puntos anteriores. Algunos de los valores y actitudes que se desarrollaron durante la residencia fueron el respeto, la honestidad, la responsabilidad y la tolerancia.

Un ejemplo muy claro de la adquisición de estos valores, se observa al analizar que durante la formación teórica, en diferentes ocasiones, abundamos sobre la estética de los sistemas y el respeto hacia esta estética, es decir, el respeto por la lógica con la que se organiza cada una de las familias. En ocasiones esta forma de organización puede parecer ilógica, pero eso sería desde los lentes del terapeuta, pues la familia, como lo he mencionado, tiene una estética.

Durante las supervisiones, más de una vez, reflexionamos acerca de ser honestos con nosotros mismos y con nuestra labor terapéutica. Al ser honestos podemos, abandonar la idea de que podemos abordar todas las problemáticas que presenten las familias, pues habrá algunas que será mejor derivar hacia otros colegas por diferentes razones. Esta honestidad, también nos impulsa a los terapeutas familiares, a buscar la actualización y

revisión constante de nuestra práctica terapéutica, así como acudir a un espacio terapéutico propio cuando lo considere necesario.

La confidencialidad es un valor indispensable en todo terapeuta, pues muestra el compromiso profesional hacia los individuos, familias, grupos o comunidades con quienes se trabaja, al reservarse las confidencias de quien le consulta. Por lo tanto, al utilizar grabaciones, videos o información acerca de los casos, es necesario contar con la autorización de los consultantes.

La tolerancia, también es uno de los valores éticos que se desarrolla en los residentes de Terapia Familiar. Durante ésta Residencia se estudian diferentes enfoques terapéuticos, tanto de manera teórica, como en las supervisiones; estos enfoques tienen diferentes bases epistemológicas, premisas, conceptos e intervenciones. Ante esta diversidad de enfoques, el desarrollo de la tolerancia permite el respeto hacia otros colegas y hacia sus intervenciones terapéuticas.

Es importante, en la formación como terapeutas, aprender a escuchar, identificar y clarificar, junto con las personas o familias que nos consultan, las situaciones por las que nos consultan. Hecho esto, es responsabilidad del terapeuta dar respuesta a estas necesidades de manera profesional, procurando el bienestar de las personas que solicitan el servicio terapéutico, adecuada y eficazmente.

El perfil del egresado de la Residencia en Terapia Familiar, al enumerar las habilidades de ética y compromiso profesional se encuentra en concordancia con el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familia A.C. (1997, 3 de diciembre)

Este último, enumera ocho rubros importantes en el ejercicio profesional de los Terapeutas Familiares:

1. Responsabilidad con los consultantes
2. Confidencialidad
3. Capacidad e integridad profesional
4. Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados
5. Responsabilidad con los participantes de investigaciones
6. Responsabilidad hacia la profesión
7. Arreglos financieros
8. Publicidad

Los dos últimos rubros son de suma importancia. El rubro de arreglos financieros hace referencia al pago de honorarios, el cual debe acordarse entre el terapeuta y los pacientes, y debe ser adecuado para cada situación. El último rubro se refiere a la correspondencia entre los títulos y licencias obtenidas con la propaganda que el terapeuta hace de sus servicios.

Si bien, la ética es importante en todo desempeño profesional, los terapeutas familiares tenemos la responsabilidad de conocer los valores éticos que deben dirigir nuestra profesión.

CAPÍTULO CUATRO

CONSIDERACIONES FINALES

1. HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS

La Maestría en Psicología es reconocida por poseer un programa consolidado y de alta exigencia. Este programa, está conformado por un tronco común teórico-metodológico y por una Residencia que permite la profesionalización de los alumnos. En el capítulo anterior se presentó un resumen de las actividades que se llevaron a cabo durante la maestría, para desarrollar las diferentes habilidades planteadas. En este capítulo se presentará un resumen de cada una de las habilidades adquiridas.

1.1 Habilidades teórico-conceptuales

El conocimiento teórico es el punto de partida para la profesionalización de los terapeutas. Este conocimiento requirió, en un primer momento, una revisión de las bases epistemológicas que sustentan a la Terapia Familiar. Fue un trabajo arduo, ya que implicó leer autores de diferentes campos como la ingeniería, matemáticas, biología, medicina, psiquiatría, etc. que estuvieron relacionados en el desarrollo de la Teoría General de los Sistemas. Por lo tanto, la comprensión de estas bases y del desarrollo de la Terapia Familiar, fue básica para comprender muchas de las ideas sustentadas por los modelos terapéuticos.

Ahora bien, la revisión exhaustiva y comprensión de cada uno de los modelos de terapia familiar sistémica y posmoderna, de sus premisas, conceptos e intervenciones, es necesaria para un buen ejercicio profesional, pues como terapeuta familiar, me permite tener claridad del “por que” de mis intervenciones, y hacia donde llevo el proceso terapéutico. Por lo tanto, la relación que existe entre la teoría y práctica es de suma importancia, ya que ayuda, entre otras cosas, a la evaluación de las intervenciones y de la pertinencia del modelo desde el cual se aborda.

La terapia familiar sigue su desarrollo y transformación, por lo que la revisión teórico-conceptual es un ejercicio de actualización ante el cual me veo comprometida, para lograr un desempeño profesional pertinente y eficaz.

1.2 Habilidades clínicas: detección, evaluación y tratamiento

Una vez revisados los modelos de terapia familiar y posmoderna, tuve la claridad de lo que implica cada uno de ellos en relación a la concepción de la relación terapeuta-consultante, de los problemas, de las soluciones, de las intervenciones y de las metas terapéuticas.

Esta comprensión se refleja sobre las habilidades clínicas, ya que funcionan como guías en la conducción de los procesos terapéuticos, permitiendo establecer objetivos y estrategias justificadas y estructuradas, según el modelo de abordaje, pero sin dejar de tomar en cuenta las particularidades de los casos.

Además del conocimiento teórico, el desarrollo de habilidades tales como la capacidad de escucha y de observación, la empatía, el respeto, la revisión de mis prejuicios, etc., son herramientas útiles en el proceso terapéutico, y las cuales se desarrollaron durante mi estancia en el programa de Maestría.

Las supervisiones en cámara de Gesell, la presencia del equipo terapéutico y en algunos casos el trabajo en co-terapia, fueron métodos que han generado en mí un gran aprendizaje, ya que permitieron la construcción de un espacio terapéutico en donde se daba espacio a diferentes ideas que ayudaban a los procesos de las familias y a mi crecimiento profesional. Así, pude tener mayor apertura a las ideas de mis compañeros y supervisores sobre los procesos de las personas, pero también sobre mis intervenciones.

1.3 Habilidades de investigación y enseñanza

Decidir cuáles son las variables a investigar, la búsqueda de material teórico, el diseño de la metodología, la aplicación de instrumentos, el análisis de resultados y la elaboración de las conclusiones son los pasos generales que se llevan a cabo al realizar investigaciones, ya sea desde la metodología cuantitativa o cualitativa.

Al desarrollar las habilidades de investigación, descubrí que la curiosidad es como el motor que impulsa a todo investigador. Preguntarse constantemente sobre las relaciones de las personas, sobre sus ideas, sus comportamientos etc., es un ejercicio que hace todo terapeuta, pero también todo investigador.

Sin embargo, es necesario tener una metodología que guíe a esta curiosidad para poder generar conocimientos sobre los diferentes temas que atañen las relaciones, ideas y comportamientos de las personas. En este sentido, no existe una metodología mejor que otra, sino se abordan los temas desde lugares distintos y hasta pueden ser complementarias.

Por otro lado, las actividades de enseñanza se llevan a cabo desde diferentes actividades tales como: talleres, conferencias y ponencias. El desarrollo de cada una de estas actividades requiere del desarrollo de diferentes habilidades tales como: el manejo de fuentes de información científica, la revisión teórica de diferentes temas, la construcción de un marco teórico, la detección de necesidades, el diseño de talleres, pláticas, conferencias y ponencias, la elaboración de cartas descriptivas y manuales, la implementación de la actividad, el manejo de grupos, capacidad de hablar en público, y la evaluación de la actividad realizada.

Cada una de las habilidades mencionadas, fue desarrollada y/o reforzada mediante las diferentes actividades de enseñanza (talleres, conferencias y ponencias), que llevé a cabo durante mi formación en la Residencia.

1.4 Habilidades de prevención

La prevención de diferentes problemáticas es de suma importancia, ya que reduce costos de todo tipo, por lo tanto, es útil trabajar en la prevención y no sólo en la solución de los problemas.

Durante mi formación en la Maestría desarrollé talleres encaminados a la prevención, uno de ellos fue el taller “*Qué onda con las drogas*” el cual, lo impartí a adolescentes para prevenir el consumo de sustancias adictivas, favoreciendo el uso del tiempo libre y la elaboración de un proyecto de vida.

Otro de los talleres que diseñé e impartí, fue el taller “Aprendiendo a establecer reglas y límites mediante el juego”. Este taller lo llevé a cabo con niños de tres a cinco años con sus padres, madres y/o abuelos, con el objetivo de mejorar las relaciones familiares; previniendo problemáticas como el maltrato infantil. Abordé los diferentes temas mediante actividades lúdicas, favoreciendo el establecimiento de reglas y límites y resaltando las competencias que tienen los adultos para establecer relaciones que favorezcan el desarrollo de los menores.

1.5 Ética y compromiso social

Durante la residencia, comprendí la importancia de la ética y el compromiso que debe conducirme al ejercer mi profesión. Esta ética se traduce en el respeto que me infunde cada una de las personas o familias que me consultan; respeto hacia sus ideas, recursos, decisiones y relaciones, poniendo el conocimiento adquirido a su servicio y procurando su bienestar.

Asimismo, comprendí que los terapeutas ejercemos influencia sobre los pacientes, por lo tanto, en mi ejercicio terapéutico evito la dependencia de éstos hacia mí como profesionalista o hacia mis intervenciones, procurando que los consultantes puedan mirar sus recursos para resolver problemáticas y tomar sus propias decisiones.

La importancia de la actualización de conocimientos, la derivación o canalización en caso de que sea necesario, la búsqueda de un espacio terapéutico propio y la confidencialidad son muestras del compromiso y ética profesional que fueron comprendidas durante mi formación.

2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Como residente de Terapia Familiar, tuve la oportunidad de incidir desde diferentes instituciones. A saber, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro” y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, todas con diferentes objetivos y poblaciones atendidas, pero desde las cuales ofrecí mis servicios a las personas que solicitaron atención, siempre con el compromiso de hacerlo con ética y profesionalismo.

Además de la incidencia que los terapeutas realizamos en el consultorio, también lo hacemos desde la investigación, la detección de necesidades para elaborar e impartir talleres y las conferencias y ponencias.

Las investigaciones que realice durante mi formación, me permitieron darme cuenta que al llevarlas a cabo, también puedo incidir sobre el campo psicosocial al generar conocimientos sobre diferentes temas que atañen a las personas, a las parejas y a las familias. Las ponencias en foros académicos, representan una de las maneras de difundir el conocimiento generado mediante las investigaciones. Tuve la oportunidad de participar como ponente en el Congreso de Posgrado de la UNAM, lo cual sumó experiencia a mi desarrollo académico y profesional.

Los talleres que llevé a cabo, los diseñé tomando en cuenta las necesidades propias de la población hacia la que iban dirigidos. Advertí la importancia de la detección de necesidades, ya que en ocasiones los psicólogos podemos errar, al pensar que sabemos lo que la población necesita, sin darnos el tiempo para escucharlos. Después de conocer las necesidades de la población, realicé la búsqueda de información para el diseño de los talleres. El manejo y conducción de grupos fue una de las habilidades que reforcé al impartir los talleres.

Finalmente, las conferencias también representan una forma de incidir en poblaciones y problemáticas distintas. Durante mi formación impartí una conferencia dirigida hacia padres de niños de 1 a 3 años de una estancia infantil con el objetivo de mejorar las relaciones entre los menores y los adultos.

3. LA EXPERIENCIA PERSONAL

Formarme como terapeuta familiar dentro del Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM, me ha permitido crecer personal y profesionalmente. En lo personal me ha permitido hacer una revisión de mi “mapa del mundo”, de mis ideas, mis prejuicios, mis experiencias, mi familia, mi comunidad y mi cultura, ya que con todo esto es con lo que realizo mi ejercicio profesional y me coloco frente a una persona, una familia o un sistema más amplio.

El conocimiento de cada uno de los modelos de Terapia Familiar, motivo en mí una reflexión acerca de la convergencia entre mis ideas y las ideas de los autores de los modelos, en relación a los problemas, el terapeuta y los consultantes. Al realizar estas reflexiones, me daba cuenta que congeniaba más con unos modelos que con otros en algunos casos, pero en otros, me daba cuenta de la necesidad de re-estructurar mis ideas.

Asimismo, las investigaciones realizadas permitieron darme cuenta del interés que despiertan en mí diversos temas, los cuales espero tener la oportunidad de investigar, capacitándome más en materias como la estadística y la metodología cualitativa.

Por otro lado, mi formación como terapeuta familiar me ha permitido ser más respetuosa hacia ideas que construyen las personas, hacia los diferentes puntos de vista, y hacia los recursos que poseen las personas. Tener la oportunidad de formarme en un Programa de alta exigencia, me hace adquirir la responsabilidad de favorecer el bienestar de las personas que así lo requieren.

Finalmente, la conjugación de mi vida personal con mi crecimiento profesional, me ha dejado una experiencia de mucha satisfacción, y me ha permitido darme cuenta de que ambas áreas de mi vida son de suma importancia para mí.

4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

Las implicaciones que la formación tuvo en mi persona como terapeuta fueron vastas. Al inicio enfrentarme a las bases epistemológicas provenientes de otros campos ajenos a la psicología me resultaba difícil de comprender, pues el lenguaje basado en los tecnicismos y la referencia a campos de conocimiento para mí desconocidos, me implicó una ardua tarea, sin embargo, fue muy importante la comprensión de estas bases para comprender el desarrollo de la terapia familiar sistémica y las bases de los diferentes modelos.

En cada semestre fui sumando más conocimientos que me permitieron un mejor desempeño como terapeuta. A saber, la conjugación de la teoría con la práctica clínica; la participación como terapeuta, co-terapeuta, equipo terapéutico y equipo reflexivo, las intervenciones de los supervisores desde diferentes modelos de referencia y mi participación como residente en diferentes instituciones, son parte de las actividades que llevé a cabo durante mi formación y que impulsaron mi desarrollo como terapeuta familiar.

El conocimiento de los diferentes modelos terapéuticos, me permitió comprender que los procesos terapéuticos pueden ser dirigidos con diferentes “lentes” y que dependiendo del marco teórico al que se apegue, son justificadas las intervenciones y la conducción de los casos.

He adquirido un gran compromiso con mi profesión, buscando dirigirme siempre de manera ética y responsable, sin dejar de mirar que mi objetivo es favorecer las relaciones de las personas y construir con ellas nuevas posibilidades ante las situaciones que enfrentan, sin dejar de ser empática y respetuosa.

Dejar de centrar la mirada sólo en los individuos, y poder mirar las relaciones, los contextos y los sistemas más amplios, me permite como terapeuta familiar, tener una mirada más amplia sobre las problemáticas que presentan los individuos, las familias y las comunidades. Lo anterior me permite, incidir desde el consultorio, o los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas,

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Andersen, T. (1993). Ver y oír, ser visto y ser oído. En: S. Friedman, (Comp). *El nuevo Lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. (201-224). España: Gedisa.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*. 8 (1), 3-7.
- Anderson, H. (1993). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En: S. Friedman, (Comp). *El nuevo Lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. (225-250). España: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.). *La terapia como construcción social*. (45-59). España: Paidós.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. España: Paidós.
- Ariza, M., y Oliveira, O. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de población*. 28, 9-39.
- Arriagada, I. (1997). Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado el 10 de octubre de 2012 de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/11863/lcl1058e-p.pdf>
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL*. 77, 143-162. Recuperado el 6 de Octubre de 2012 de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/19349/lcg2180e_Arriagada.pdf
- Arriagada, I. y Sojo, A. (2012). Las clases medias en América Latina: algunas conjeturas desde la perspectiva de género. *Pensamiento iberoamericano*. 10, 221-243. Recuperado el 16 de Octubre

- Asociación Mexicana de Terapia Familiar. (1997, 3 de diciembre). Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A. C. Recuperado el 3 de agosto de 2014 de http://amtf.com.mx/codigo_etico/codigo_etico.html
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: L. Eguiluz. (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día.* (197-223). México: Pax-México.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar.* Madrid: Paidós.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol.* España: Gedisa.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1989). La terapia sistémica de Milán. *A. Roizblatt, Terapia familiar y de pareja, 224-243.*
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve.* España: Paidós.
- Centros de Integración Juvenil, (2005). Proyecto Información Preventiva. Guía técnica
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). La familia del toxicodependiente. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1984). *The death of resistance.* *Family Process, 23(1), 11-17.*
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve.* España: Paidós
- De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia.* España: Gedisa.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). *Brief therapy: focused solution development.* *Family Process, 25(2), 207-221.*
- Delgado, C. (2009). Niños etiquetados y sus familias. Cuando un trastorno se convierte en un estilo de vida. Tesis de maestría no publica Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz. (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día.* (49-79). México: Pax-México.
- Eguiluz, L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Espinosa, S. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En L.L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día.* (pp. 116-138). México: Pax.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia.* España: Desclée de Brouwer.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia.* Barcelona: Herder.
- Freedman, J. & Combs, G. (2000). *Terapia narrativa con parejas y mucho más.*
- Galicia, M. (2004). Terapia Estratégica. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar.* México: Pax-Mex.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia.* España: Paidós
- González, C. (2004) El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar.* México: Pax-Mex.
- Haley, J. (1983) *Terapia No Convencional.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988) *Terapia para Resolver Problemas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia.* Barcelona: Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. Richeport, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica.* Barcelona: Paidós
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. McNamee, & K. Gergen, *La terapia como construcción social.* Barcelona: Paidós
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Conociendo México. Recuperado el 10 de agosto de 2013 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
- Johansen, O. (1994). *Introducción a la teoría general de sistemas.* México: Limusa.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of

- long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during 3-year follow-up. *Psychological Medicine*. 38, 689-703.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee y K. Gergen (Ed.), *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Lax, W. (1997). Narrativa, construccionismo social y budismo. En M. Pakman (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol II. España: Gedisa.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax.
- Llanes, J, Castro, M. y Margain, M. (2003). Protección de la comunidad ante adicciones y violencia. Estrategias de intervención. México, Pax.
- Lyddon, W. (1995). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: R. Neimeyer & M. Mahoney. (Comps.). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Maciá, D. (2000). Las drogas: conocer y educar para prevenir. España, Pirámide.
- Madanes, C. (1982) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1989) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Center Publications.
- Nardone, G. y Watzlawick P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En: R. Neimeyer & M. Mahoney. (Comps.). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. (2004). ¿Una vez más? De la terapia de posibilidades a la terapia sexual. En S. Green y D. Flemons (Comp.). *Manual de terapia sexual breve*. (pp. 37-54). España: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós

- Ochoa, D. A. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- Organización de las Naciones Unidas (2012). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 09 de Octubre de 2012 de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización de las Naciones Unidas (2013). Temas mundiales: Familia. Recuperado el 10 de Agosto de 2013 de <http://www.un.org/es/globalissues/family/>
- Pérez, D. (1999). Prevención educativa de drogodependencias en el ámbito escolar. Programa para la intervención. España, Praxis.
- Polanco, G. y Jiménez N. (2006). Familias migrantes mexicanas: mujeres que esperan. *Psicología Iberoamericana*. 14, 53-56
- Ponce, R. S., Benavent, J. M., & Valle, R. M. (2011). La relación abuelos-nietos-escuela: una excusa o una necesidad. *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Barcelona*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2013 en <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/142.pdf>
- Programa de Estudios de Posgrado (2013, 6 de noviembre). Perfil del egresado. Recuperado el 1 de agosto de 2014 de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1491>
- Quilodrán J. (2008). Los cambios en la familia vistos desde la demografía: una breve reflexión. *Estudios demográficos y urbanos*. 23, 7-20. Recuperado el 10 de Octubre de 2012 de <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/40315265.pdf?acceptTC=true>
- Reséndiz, G., (2010). Modelo de Milán: 1969.2009. *Psicoterapia y Familia*. 23, (1), 30-39.
- Rodríguez, B. (2002). Constructivismo y narrativas: un nivel deferente para la integración. En A. Fernández y B. Rodríguez, *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. España: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México
- Salem, G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Masson.
- Sánchez y Gutierrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual moderno.

- Sanjurjo, B. (2004). El cuidado de los niños: un nicho laboral para los inmigrantes y un "deber moral" para los abuelos. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, (10), 2. Recuperado el 2 de Enero de 2014 en <http://www.apostadigital.com/revistav2/num10/belen.htm>
- Selvini, M. (1990). Crónica de una investigación. La evolución de la Terapia Familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli. México: Paidós
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G. y Prata G. (1988). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G. y Prata G. (1990). Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *El proceso de la familia*, 19(1), 60-67.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. México: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*. Agosto, 65-69.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En L.L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 139-160). México: Pax.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia breve: teoría de la técnica*. Buenos aires: Lugar editorial.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*. 14 (3), 511-532.
- Tomm, K. (1989). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
- Tuirán, R. (1995). Familia y valores. Cambios y arraigos tradicionales. *Demos*. 8, 30-31. Recuperado el 09 de octubre de 2012 de <http://revistas.unam.mx/index.php/dms/article/view/6663>

- Ulivi, G. (2000). Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Adicciones*. 12(3), 425-430.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu
- Vargas, A. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Von Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. & Jackson D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. España: Gedisa.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Wiener R. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Zavala, D. (2007). La terapia familiar: construcciones, quehaceres y posibilidades. Tesis de maestría no publica Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

ANEXOS



FAMILIA Y PAREJA



El presente cuestionario forma parte de una investigación, la cual pretende conocer la forma en que las personas **perciben las relaciones familiares y de pareja**. Los datos obtenidos son **confidenciales y anónimos**, por lo que le pedimos que conteste con toda sinceridad. Su **colaboración es muy importante** para los fines de la investigación.

Fecha: _____

1. Sexo: _____ 2. Estado civil: _____ 3. Edad: _____

Femenino () Casado ()
Masculino () Unión libre ()

4. ¿Cuál fue el último grado escolar que cursó? _____

5. ¿Cuánto tiempo tiene en su relación de pareja: _____

6. ¿Cuántos hijos tiene? _____

7. ¿Quiénes viven en su casa?

Mamá () Pareja ()
Papá () Hijos(as) ()
Hermanos(as) () Otro(s) ()
¿Quién(es)? _____

A continuación se describen una serie de situaciones que pueden plantearse en la convivencia familiar. Marque con una **X** la frecuencia con la que su **familia de origen** (padres y hermanos), se comporta de manera similar a la que se describe. Por favor no deje enunciados sin contestar.

| | Siempre | Frecuentemente | A veces | Casi nunca |
|--|---------|----------------|---------|------------|
| 1. En mi familia es mejor quedarse callado que decir lo que pensamos. | | | | |
| 2. En mi familia los padres son figuras de respeto. | | | | |
| 3. En mi familia se platican cosas entre hermanos. | | | | |
| 4. En mi familia nos agrada realizar actividades juntos | | | | |
| 5. En mi familia se dice una cosa y se hace otra. | | | | |
| 6. En mi familia se respeta el espacio de cada cual. | | | | |
| 7. Mi familia emplea el doble mensaje: se pide una cosa cuando en realidad se quiere otra. | | | | |
| 8. Existe claridad en las reglas y normas que rigen en mi familia. | | | | |
| 9. En la toma de decisiones familiares participamos padres e hijos. | | | | |
| 10. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas. | | | | |
| 11. Los integrantes de mi familia mostramos desinterés por los demás miembros de la familia. | | | | |
| 12. En mi familia hay una pérdida de respeto entre padres e hijos. | | | | |
| 13. Mi papá y mi mamá son unidos. | | | | |
| 14. Los miembros de mi familia tenemos la libertad de decir lo que nos agrada y lo que nos molesta de los demás. | | | | |
| 15. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a los otros. | | | | |
| 16. En mi familia nos gusta pasar tiempo juntos. | | | | |

| | Siempre | Frecuente-mente | A veces | Casi nunca |
|---|---------|-----------------|---------|------------|
| 17. A los miembros de mi familia nos desagrada convivir con otras personas ajenas a nuestra familia. | | | | |
| 18. Mis padres evitan discutir enfrente de los hijos. | | | | |
| 19. En mi familia nadie sigue la disciplina establecida por los papás. | | | | |
| 20. En mi familia, los límites y reglas son poco claros. | | | | |
| 21. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agrada a los demás, ayudarnos en alguna tarea, hacer algo que otro nos solicite, etc.). | | | | |
| 22. A los miembros de mi familia nos gusta compartir lo que tenemos. | | | | |
| 23. En mi familia se permite pasar una noche fuera de casa. | | | | |
| 24. Entre mis padres existe un ambiente de armonía y respeto. | | | | |
| 25. En mi familia dejamos de expresar nuestros sentimientos por temor a la burla de los demás | | | | |
| 26. Asisto a las reuniones familiares por obligación. | | | | |
| 27. Mi papá y mi mamá están distanciados. | | | | |
| 28. En mi familia acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas, etc.). | | | | |
| 29. Ante los eventos adversos, la lealtad predomina entre los miembros de mi familia. | | | | |
| 30. En mi casa, la familia carece de importancia. | | | | |
| 31. En mi familia cada cual resuelve sus problemas como puede. | | | | |

| | Siempre | Frecuente-mente | A veces | Casi nunca |
|---|---------|-----------------|---------|------------|
| 32. En mi casa, los miembros de la familia ocultamos lo que nos desagrada de los demás. | | | | |
| 33. Mis padres se ponen de acuerdo en las reglas y límites a establecer con los hijos. | | | | |
| 34. En mi casa cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño. | | | | |
| 35. Los miembros de mi familia manifestamos entre nosotros sentimientos diferentes a los que verdaderamente sentimos. | | | | |
| 36. En mi familia acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente. | | | | |
| 37. En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para nosotros. | | | | |
| 38. En mi familia evitamos compartir nuestras cosas con los demás miembros de la familia. | | | | |
| 39. En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes. | | | | |
| 40. Los miembros de mi familia realizamos actividades que nos benefician a todos. | | | | |
| 41. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros. | | | | |
| 42. Las relaciones de mi familia con otros parientes es afectuosa. | | | | |
| 43. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo. | | | | |
| 44. En mi familia se desconoce lo que cada uno espera del otro. | | | | |
| 45. En mi familia nos gusta compararnos unos con los otros | | | | |

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden plantearse en las relaciones de pareja. Marque con una **X** la frecuencia con la que se comporta de manera similar a la que se describe. Es importante que no deje enunciados sin contestar.

Cuando quiero que mi pareja se responsabilice más las tareas de la casa que a ambos nos desagradan:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 46. Le grito todo tipo de cosas | | | | |
| 47. Me quedo callado(a) | | | | |
| 48. Le sugiero que nos dividamos las tareas | | | | |
| 49. Me porto frío(a) y distante para que se dé cuenta de la situación | | | | |

Si mi pareja no hace algo que me prometió:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 50. Para evitar una pelea, me quedo callada(o) | | | | |
| 51. Busco la ocasión para echarle en cara sutilmente la falta de cumplimiento de sus promesas | | | | |
| 52. Lo(a) amenazo con hacerle la vida imposible si deja de hacer lo que prometió | | | | |
| 53. Le recuerdo qué es lo que quiero lo haga | | | | |

Cuando mi pareja y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|--|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 54. Con calma, le digo las veces que sea necesario cuáles son mis ideas) | | | | |
| 55. Acabo dando de gritos | | | | |
| 56. Pongo cara de enojado(a) | | | | |
| 57. Cambio de tema | | | | |

Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi pareja y no parece darse cuenta o apreciarlo:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|--|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 58. Le digo que está tan pendiente de sí mismo que ni siquiera se da cuenta de lo que los demás hacen por él(ella) | | | | |
| 59. Le expreso que me siento mal cuando deja de reconocer mis esfuerzos por ayudarlo(a) | | | | |
| 60. Pongo mala cara para mostrarle que no volveré a interesarme en sus cosas | | | | |
| 61. No le muestro mis sentimientos de frustración | | | | |

Cuando mi pareja dice o hace algo que me hiere:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 62. Me desahogo atacándolo(a) verbalmente | | | | |
| 63. Le expongo mis sentimientos diciéndole que no me gusta lo que me dijo | | | | |
| 64. Dejo de hablarle por un tiempo | | | | |
| 65. Intento que no se dé cuenta del daño que me ha hecho | | | | |

Cuando quiero ir de paseo a un lugar y mi pareja a otro:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 66. Muestro mi inconformidad quejándome | | | | |
| 67. Cedó para evitar pelear | | | | |
| 68. Lo(la) critico por su mal gusto | | | | |
| 69. Le sugiero que lo hablemos para buscar un acuerdo | | | | |

Cuando mi pareja se porta injustamente conmigo:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|--|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 70. Trato de evitar que se dé cuenta que me siento herido(a) | | | | |
| 71. Lo(la) agredo verbalmente | | | | |
| 72. Me muestro frío(a) y distante sin decir nada | | | | |
| 73. Le digo exactamente qué es lo que me parece injusto | | | | |

Cuando mi pareja me dice o hace algo que me parece humillante:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 74. Intento no hacer caso | | | | |
| 75. Le doy una lección mostrándome distante | | | | |
| 76. Yo también intento humillarlo(a) para recuperar el respeto por mí mismo(a) | | | | |
| 77. Le hago saber mis sentimientos diciéndole que me duele lo que me ha dicho o hecho | | | | |

Cuando le pregunto algo a mi pareja y no me responde:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|-------------------------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 78. Le grito que me preste atención | | | | |
| 79. Se lo pregunto de nuevo | | | | |
| 80. No insisto | | | | |
| 81. Dejo de hablarle | | | | |

Cuando intento hablar con mi pareja de cuestiones sexuales, y el (ella) le quita importancia y cambia de tema:

| | Definitivamente sí | Probablemente sí | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 82. Decido tener relaciones sexuales cuando él las desee | | | | |
| 83. Pongo cara de enojo | | | | |
| 84. Comienzo a atacarlo(a) porque evade el tema | | | | |
| 85. Le digo que me parece mal que se niegue a hablar de eso | | | | |

!!! GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!