



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

INTERROGATORIOS DESARROLLADOS POR LAS PRINCIPALES
ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MARCO ANTONIO TOQUERO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. JORGE O. MOLINA AVILÉS
COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MEXICO D. F.

ABRIL 2007



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.

Si un clínico no reconoce las premisas que subyacen en su manera de operar, esta falla en su comprensión puede hacer que su trabajo resulte menos eficaz.

Keeney (1991)

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 . JUSTIFICACIÓN	
1.1 Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.....	3
1.2 Caracterización de las sedes y subsedes en donde se realizó el trabajo clínico.....	14
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Principales precursores de la terapia familiar. Clasificación de acuerdo con Bertrando y Toffanetti.....	22
2.2 Influencias epistemológicas de la terapia familiar.....	27
2.3 Escuelas de terapia familiar.....	46
2.4 Modelos Posmodernos.....	81
2.5 Conclusiones.....	102
CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS PROFESIONALES	
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.....	107
3.2 Habilidades de investigación.....	136
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.....	139
3.4 Consideraciones éticas que surgen de la práctica clínica.....	150
CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES	
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	152
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.....	154
4.3 Análisis del sistema terapéutico total.....	155
4.4 Reflexión y análisis de la experiencia.....	159
4.5 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	160
REFERENCIAS	162
ANEXOS	167

RESUMEN

El presente trabajo está integrado por los productos teórico, clínico y tecnológico desarrollados durante la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico. Inicia con un breve análisis acerca de las condiciones sociodemográficas del México contemporáneo, así como, de los principales problemas que enfrentan las familias y la incidencia de la terapia familiar.

Se agrega la revisión teórica de los interrogatorios desarrollados por los diferentes modelos de terapia familiar, bajo la premisa de que el estilo de preguntar, refleja el marco epistemológico que distingue a cada escuela.

Se incluye la integración de cuatro expedientes de familias atendidas en la práctica clínica. Se anexa el proyecto de investigación *“El análisis del discurso narrativo de varones que han realizado conductas de agresión sexual a mujeres adultas”* en la modalidad de metodología cualitativa y la investigación bajo metodología cuantitativa *“Análisis de confiabilidad y validez del instrumento de Comunicación Familiar para su aplicación a población mexicana adolescente”*. Se realiza la descripción de dos páginas *Web* que fueron el producto tecnológico en apoyo a la docencia y capacitación. Se integran los contenidos y resultados del taller *“Construyendo la otra cara de la violencia”* que formó parte del servicio a la comunidad. Finalmente se contempla un resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas, la incidencia en el campo psicosocial, así como, las conclusiones del autor.

Palabras Clave

Interrogatorios

Escuelas de terapia familiar

Evaluación familiar / adolescencia

Violencia familiar

Violencia sexual

ABSTRACT

The present work consists of theoretical, clinical and technical procedures, which have been developed during the Family Therapy. SP-Residency focus on systemic. It begins with a short analysis sociodemographic conditions in Mexico, in the same way the first problems that families face the aim of family therapy.

The present, reports a theoretical review in the interview developed by different models in family therapy, is based on the premise that the style of asking, shows the epistemology frame that makes every different schools.

This work also includes the integration of four families attended in the clinical practice, in the same way is annexed the project of researching "*Analisis about narrative discourse of Sexual Offenders against adult women*" in the modality of cualitative methodology as much as the researching under cuantitative metodology "*Analisis of confident and validity of familiar comunicacion test for its stablishment to the Mexican population adolescense*". There's also description added from two web pages, these were the technical product supporting teaching and training, On the other hand the contents are integrated to the results of the shop "*Making the other face of violence*" that was part of serving the community. Finally it is described a resume of abilities and profesional capabilities that were acquired, the incidence in the psichosocial field and the writter's conclutions.

Key Words

Interrogative

Familiar therapy models

Family evaluation / adolescense

Familiar violence

Sexual violence

INTRODUCCIÓN

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica forma parte del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y tiene como objetivo general, capacitar al estudiante en una especialidad de la psicología con un alto nivel de calidad en el área de la salud.

El programa tiene una duración de cuatro semestres, a lo largo del cual se cubre el plan de estudios que está organizado en tres ejes temáticos: métodos de investigación aplicada, medición y evaluación; y teorías y modelos de intervención. Y de un programa de residencia que incluye actividades de enseñanza práctica supervisada en escenarios de ejercicio profesional.

Para obtener el grado de Maestro en Psicología es necesario desarrollar el Reporte de Experiencia Profesional, el cual, es un documento que permite evaluar los conocimientos, habilidades y competencias clínicas adquiridas por el alumno durante su formación. De acuerdo a los criterios establecidos para su elaboración, el presente trabajo quedó integrado por cuatro capítulos.

En el primer capítulo, se realizó un análisis acerca de las características demográficas del país y de los principales problemas que enfrentan las familias, así como, el papel que juegan las diferentes escuelas de terapia familiar y posmodernas ante este panorama. En este mismo apartado se incluye una revisión del contexto y los escenarios en donde se realizó el trabajo clínico.

En el segundo capítulo, se llevó a cabo una revisión teórica-conceptual de las principales influencias epistemológicas de las escuelas de terapia familiar y posmodernas; se incluye la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética de Primer y Segundo Orden, el Constructivismo y el Construccinismo Social. Asimismo, se realizó una revisión de las preguntas o interrogatorios que han desarrollado los modelos de terapia

familiar, bajo la premisa que la forma de preguntar refleja la posición epistemológica de cada escuela.

El tercer capítulo, está integrado por el reporte de cuatro expedientes clínicos, que incluye un resumen de cada sesión con las principales intervenciones y los avances durante el proceso terapéutico.

Se anexó el proyecto de investigación *“El análisis del discurso narrativo de varones que han realizado conductas de agresión sexual a mujeres adultas”* en la modalidad de metodología cualitativa, así como, la investigación bajo metodología cuantitativa *“Análisis de confiabilidad y validez del instrumento de comunicación familiar para su aplicación a población mexicana adolescente”*.

Se añadió la descripción de dos páginas *web* que fueron el producto tecnológico en apoyo a la docencia y capacitación a los alumnos de la residencia en terapia familiar.

Se describen los contenidos temáticos y los resultados del taller *“Construyendo la otra cara de la violencia”* que fue impartido en el ámbito penitenciario en dos ocasiones, como un servicio a la comunidad.

Se integró el caso clínico presentado en la Primera Jornada Clínica en la facultad de psicología, así como la ponencia presentada en el XIII Congreso Mexicano de Psicología *“Enfoques posmodernos: intervención comunitaria con hombres generadores de violencia”*.

Por último, en el cuarto capítulo se incluyó un resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas, así como el análisis de la experiencia y las implicaciones en la persona del terapeuta.

CAPITULO 1. JUSTIFICACIÓN

1.1 Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.

1.1.1 Características del campo psicosocial

Una de las principales unidades de estudio para la Residencia en Terapia Familiar es precisamente la familia, pues es en ella en donde el ser humano adquiere las habilidades de socialización, indispensables para la interacción humana.

La familia como grupo primario está en función de contextos más amplios; como la comunidad, el estado, el país o continente, y estos a su vez están insertos en sistemas más extensos, por tanto, las características y condiciones de las familias dependerá de los sectores a los que pertenece.

De acuerdo al XII Censo de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en el año 2000 la población mexicana se agrupaba en 20.6 millones de familias, de las cuales 15.3 millones eran familias nucleares (74 %) y 5.3 eran familias extensas (24 %). Se pudo observar que durante la década pasada de 1990-2000 el número de familias extensas ascendió más rápido 5.3 % anual, que el de familias nucleares 2.4 % anual.

De las familias nucleares 89 % tenían hijos e hijas (incluye las monoparentales) y 11 % carecían de ellos. El porcentaje de niños era mayor en las familias nucleares 37 %, que en las extensas 30 %, y en contraste las familias extensas tenían una mayor proporción de ancianos 11% que las nucleares 5 %.

El escenario demográfico se ha venido modificando profundamente en las últimas décadas, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2001), detectó tres factores que han influido en este proceso: el descenso de la fecundidad, el aumento en la esperanza de vida y los cambios en las pautas de nupcialidad y disolución conyugal.

El descenso de la fecundidad. De acuerdo al CONAPO (2001), el número medio de integrantes del hogar en México registra un descenso constante desde mediados de la década de los setenta en donde el promedio de integrantes por

familia era de 5.6 personas, no obstante, para el año 2001 fue de 4.3 personas y se estima que para el 2010 alcance 3.5 miembros por hogar.

Las modificaciones observadas en el comportamiento reproductivo no sólo han implicado un menor número de hijos(as), sino también pautas cambiantes en la edad al nacimiento del primogénito(a), en los intervalos entre nacimientos y en la duración del proceso de procreación (es decir, el intervalo transcurrido entre el nacimiento del primero y el último hijo), hechos que tienen consecuencias importantes para la dinámica de la formación y expansión familiar, como para las trayectorias de vida de los diferentes miembros de la familia. Por ejemplo, el descenso de la fecundidad ha propiciado que la carga de trabajo doméstico, principalmente de las mujeres, se reduzca debido al menor tiempo que le dedican a la gestación, la crianza y cuidado de los hijos, lo que ha generado que las actividades extradomésticas aumenten y las perspectivas de desarrollo personal sean mayores.

El aumento en la esperanza de vida. Éste factor ha propiciado que la convivencia familiar se desarrolle por más tiempo. Una mortalidad en descenso favorece mayor tiempo en interacción familiar y aumenta el número de años que una persona puede desempeñar una amplia variedad de papeles familiares y sociales. Entre 1970 y 1994 las mujeres aumentaron de 57 a 63 años su esperanza de vida, y se estima que en el año 2005 ascendió a 66 años, de los cuales más de 40 años permanecerán en la condición de unida o casada (CONAPO, 2001).

Asimismo, conforme aumenta la esperanza de vida, las necesidades de salud de los adultos mayores tienden a cambiar, con el consecuente aumento en el número de años que los sobrevivientes padecen enfermedades o discapacidades y por lo tanto requieren de más atención, cuidado y apoyo. Lo cual se traduce en una ampliación del número de años que los hijos (as) habrán que velar por la salud y bienestar de sus padres en edades avanzadas.

Los cambios en las pautas de nupcialidad y disolución conyugal. La viudez, separación o divorcio, también han contribuido a transformar la estructura del curso de vida. La evidencia disponible indica que el índice de rupturas conyugales

se ha incrementado en las generaciones más recientes. En este proceso, la viudez ha cedido su lugar a la separación y el divorcio como modalidades predominantes de disolución conyugal. Estas tendencias inciden en las trayectorias de vida de cónyuges e hijos, dando lugar a formas de vida más complejas y a una gama de arreglos familiares más amplios, entre los que destacan personas que viven solas o bien hogares monoparentales. Los hogares formados por personas solas han registrado un aumento significativo en las últimas dos décadas, en 1976 representaban el 4.8 % y para el año 2000 el 6.9 % (CONAPO, 2001).

Otras dos variables que se han identificado en la configuración de nuevos contextos familiares en el país, es la inserción de la mujer en el ámbito del trabajo asalariado fuera del hogar y el fenómeno de la migración hacia los Estados Unidos de Norteamérica.

Inserción de la mujer al trabajo asalariado fuera del hogar. Los hogares encabezados por mujeres en 1990 era de 2.8 millones y para el año 2000 ascendían a 4.6 millones. La jefatura femenina parece ser una condición estrechamente vinculada con contextos urbanos, ya que en ellos residen ocho de cada diez jefas (CONAPO, 2001).

La inserción de la mujer al campo laboral revela que en los hogares mexicanos se están produciendo cambios en los papeles o roles de los miembros, en particular los asignados tradicionalmente a hombres y mujeres, lo que tiende a cuestionar cada vez más las figuras que predominaban en el pasado de esposo-padre-proveedor de los medios económicos y de la esposa- madre-ama de casa.

La migración laboral. Es una condición que en los últimos años ha cobrado mayor presencia en las familias mexicanas, de acuerdo a López (2007), durante el periodo de 1995 a 2000 abandonaron el país con destino a Estados Unidos (EU) cerca de 350 mil connacionales por año. El mismo investigador, agrega que de la población mexicana que se traslada a EU, tres cuartas partes del total son hombres y casi nueve de cada diez tienen una edad entre 15 y 49 años. Asimismo, Jalisco, Michoacán y Guanajuato son las entidades que más emigrantes internacionales aportan con un 31 %. Por su Parte el Estado de México y el Distrito Federal comienzan a perfilarse en este sentido con un 13 %.

En síntesis los cambios demográficos en la sociedad, la creciente presencia de la mujer en la actividad económica extra-doméstica y el fenómeno de la migración hacia Estados Unidos de Norteamérica, son algunos de los procesos que han condicionado en gran medida las transformaciones de la estructura y relaciones familiares influyendo en la vida del México contemporáneo.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias mexicanas

Las familias constituyen ámbitos de naturaleza íntima donde conviven e interactúan personas emparentadas entre sí que organizan en forma conjunta su reproducción cotidiana e intergeneracional. En su seno se construyen fuertes lazos de solidaridad; se entretajan relaciones de poder y autoridad; se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros del grupo; se definen obligaciones, responsabilidades y derechos con arreglo a las normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes (CONAPO, 2001).

De igual forma, el mundo familiar también es un espacio de tensiones y conflictos, en donde se producen ambivalencias afectivas y diferencias entre sus miembros, dando en ocasiones como resultado la manifestación de conductas violentas, que generalmente recaen en los miembros más vulnerables –ancianos y niños-, perdiendo la capacidad de ser un lugar de comodidad y seguridad emocional.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el año 2005, coordinó el “Diagnóstico de la familia mexicana”, en donde identificó ocho motivos que constituyen, a nivel nacional, las primeras causas de conflicto entre las familias. En orden de importancia éstos son:

1. Asuntos económicos (19.5 %).
2. Problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad (18%).
3. Dificultades de convivencia o comunicación (15.4 %).
4. Problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos (10 %)
5. Problemas de carácter u opinión (9.8 %).

6. Cuidado y orden del hogar (7.1 %).
7. Adicciones (principalmente alcoholismo) (6 %).
8. Celos, infidelidad y violencia (2.9 %).

En total, estas causas dan cuenta del 88.7 % de los motivos verbalizados por los entrevistados como la primera causa de conflicto. Asimismo se encontró que el perfil de causas de conflicto a nivel nacional cambia ligeramente en las primeras cinco causas de conflicto cuando se considera la localidad de residencia, ya sea urbana o rural (ver tabla 1).

En el contexto urbano, cobran mayor importancia los problemas relacionados a los asuntos económicos (19.2 %); la concesión de permisos y problemas con la autoridad (16.3 %); problemas de convivencia y de comunicación (14.5 %); las diferencias de carácter u opinión (9.5 %) y por último los problemas llamados de conducta y la educación de los hijos (9.4 %). A diferencia, en el ámbito rural prevalecen en primer lugar los problemas relativos a la concesión de permisos y a la autoridad (17.2 %); los asuntos económicos (13.7 %); las dificultades de convivencia y comunicación (12.8 %); las adicciones -principalmente el alcoholismo- (9.7 %) y finalmente los problemas de conducta y educación de los hijos (8.6 %).

Tabla 1. Causas de conflicto de acuerdo a la localidad urbana o rural.

Fuente de conflicto	Localidad urbana	Localidad rural
1. Asuntos económicos	19.2 %	13.7 %
2. Problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad	16.3 %	17.2 %
3. Dificultades de convivencia o comunicación	14.5 %	12.8 %
4. Problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos	9.4 %	8.6 %
5. Problemas de carácter u opinión	9.5 %	7.5 %
6. Cuidado y orden del hogar	7.2 %	4.1 %
7. Adicciones (principalmente alcoholismo)	4.2 %	9.7 %
8. Celos, infidelidad y violencia	2.3 %	3.8 %

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México, DIF 2005.

Asimismo, se encontró que los contrastes, entre la localidad rural y urbana, resultan más evidentes cuando se incluye el nivel socioeconómico (ver tabla 2). En las personas de la zona urbana con menor nivel socioeconómico, los problemas familiares que más prevalecen son los relacionados a las adicciones (17.6 %); seguidos por los problemas de convivencia y comunicación (15.2 %); en tercer lugar están los asuntos económicos (11.8 %); posteriormente los problemas originados por las diferencias de carácter u opinión (10.5 %); de igual importancia que los problemas de concesión de permisos (10.4 %).

Entre los mexicanos de zonas urbanas que gozan de mayor bienestar económico son los problemas económicos los que ocupan el primer lugar (20.5 %); seguidos de los relativos a la concesión de permisos y la autoridad (17 %); los de convivencia y comunicación (15.9 %); y los que surgen por las diferencias de carácter u opinión (9.7 %).

En contraste con las áreas rurales, las personas que ocupan el nivel socioeconómico más bajo, los problemas relativos a la concesión de permisos y la autoridad ocupa el primer lugar (19.8 %), seguido de los asuntos económicos (14.1 %), en tercer lugar las adicciones (12.9 %) y en cuarto los problemas de conducta y educación de sus hijos (10.8 %).

Las personas que ocupan un mejor nivel socioeconómico de las zonas rurales, la causa más importante de conflicto son los problemas de convivencia y comunicación (32.9 %), luego vienen los derivados de la concesión de permisos y la autoridad (22.2 %), después están los asuntos económicos (12.2 %) y por último, los problemas de carácter u opinión (8.8 %).

En síntesis, de acuerdo al Diagnóstico de la Familia Mexicana (DIF, 2005), es de destacar que las adicciones son el motivo más importante de conflicto entre las personas ubicadas en localidades urbanas y de menor nivel socioeconómico, y el tercero en las rurales del mismo nivel. Sin embargo, este factor no figura entre las cuatro causas más importantes de conflicto entre los mexicanos de mayores ingresos, ya sea en el contexto rural o en el urbano.

Por su parte, con variaciones relativas, *los asuntos económicos, los problemas relacionados a la concesión de permisos y el manejo de la autoridad*; junto a los

que suscitan *la convivencia y la falta de comunicación*, se encuentran siempre entre las primeras cuatro causas de discusión familiar entre los mexicanos más ricos y mas pobres, rurales o urbanos, del México contemporáneo.

Tabla 2. Causas de conflicto de acuerdo a la localidad urbana o rural, en relación al nivel socioeconómico.

Fuente de conflicto	Menor nivel socioeconómico		Mayor nivel socioeconómico	
	Zona urbana	Zona rural	Zona urbana	Zona rural
1. Asuntos económicos	11.8 %	14.1 %	20.5 %	12.2 %
2. Problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad	10.4 %	19.8 %	17 %	22.2 %
3. Dificultades de convivencia o comunicación	15.2 %	7.3 %	15.9 %	32.9 %
4. Problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos	9.0 %	10.8 %	8.0 %	2.0 %
5. Problemas de carácter u opinión	10.5 %	4.5 %	9.7 %	8.8 %
6. Cuidado y orden del hogar	4.5 %	1.2 %	9.5 %	7.8 %
7. Adicciones (principalmente alcoholismo)	17.6 %	12.9 %	1.2 %	0.0 %
8. Celos, infidelidad y violencia	1.0 %	3.9 %	2.6 %	2.9

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México, DIF 2005.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2006), los problemas de pareja y de violencia familiar, son otros dos conflictos que en la actualidad han cobrado mayor relevancia en la vida familiar. En la actualidad es más frecuente la separación familiar, en 1990 el porcentaje de parejas separadas era de 1.2 % y de 0.7 % divorciadas, sin embargo, para el año 2000 los porcentajes se habían incrementado a 2.5 % y 0.99 % respectivamente.

Por su parte la violencia es un fenómeno común en las familias mexicanas, a pesar de que la mujer tiene mayor presencia en las actividades económicas fuera del hogar, la distribución de tareas y responsabilidades domésticas sigue recayendo predominantemente sobre ella, existiendo evidencia de que a menudo enfrenta conflictos y violencia familiar cuando intenta modificar la división del trabajo doméstico y los patrones de conducta tradicionales de su cónyuge (CONAPO, 2001). En el año 2003 el 46.6 % de las mujeres mayores de 15 años, habían presentado al menos un incidente de violencia familiar (INEGI, 2006).

De igual forma, el maltrato infantil ha ido presentando un incremento, en el D. F. en el año 2002, del total de denuncias presentadas ante las agencias del Ministerio Público el 28.2 % correspondían a este evento y para el año 2004 ascendió a 30.9 % (INEGI, 2006).

Los datos aportados por el Diagnóstico de la Familia Mexicana (DIF, 2005) y las estadísticas del INEGI (2006), son similares con las principales demandas terapéuticas que se atendieron durante el periodo de agosto de 2003 a julio de 2005, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) por la tercera generación de la residencia en terapia familiar, como parte del proceso de formación en la Maestría, en donde los motivos de consulta en orden de mayor a menor frecuencia fueron:

- 26 casos de Terapia de pareja; con problemas de conductas celotípicas, infidelidad, separación, riñas constantes e incapacidad para lograr acuerdos en los roles parentales ante el divorcio.
- 19 familias reportaron problemas en la educación y convivencia con los hijos; lo cual involucraba dificultad para establecer límites en la infancia, bajo rendimiento escolar, dificultad en el logro de acuerdos y mantenimiento de la disciplina durante el tránsito por la etapa de adolescencia.
- 10 familias manifestaron problemas de violencia familiar; que incluía violencia de tipo física, emocional y sexual, sobre uno o más de sus miembros.

- ⇒ 6 Familias reportaron problemas en la comunicación familiar; lo cual reflejaba dificultad para tomar acuerdos y establecer reglas de convivencia en el hogar.
- ⇒ Dentro de las demandas que se presentaron en menor proporción, se encuentra una familia que refería trastornos en la alimentación en uno de sus miembros y dos familias con problemas de depresión.

Como se puede observar, los problemas referidos por las familias se encuentran dentro de los siete principales motivos de conflicto identificados en el Diagnóstico de la Familia Mexicana (DFM), aunque el orden de frecuencia fue diferente. El principal motivo de consulta en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) fue las diferencias de pareja, y en el DFM ocupó el séptimo lugar; las dificultades en relación a los permisos y autoridad obtuvieron el segundo lugar en el CSP y el quinto lugar en el DFM; las dificultades que incluyen relaciones violentas obtuvieron la tercera posición en CSP y séptimo lugar en el DFM; y por último, los problemas de comunicación y convivencia se ubicaron en el cuarto lugar tanto en el CSP como en el DFM.

1.1.3 La terapia familiar sistémica y postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

El enfoque sistémico puede ubicarse como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, como proceso terapéutico se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones y en la práctica privada.

En este sentido, Weakland, Fisch, Watzlawick, y Bodin (1974), presentaron un seguimiento realizado durante seis años a 97 Casos atendidos en el Centro de Terapia Breve, dentro de los principales problemas que atendieron se encontraron dificultades escolares, crisis de identidad, problemas de pareja, dificultades maritales, problemas sexuales, desordenes de alimentación, ansiedad, depresión,

esquizofrenia, entre otros. En el 40% de los casos obtuvieron éxito, en el 32% mejora significativa y el 28% no se obtuvieron resultados favorables. Como lo muestran sus investigaciones, las premisas teóricas de este modelo permiten atender diversas problemáticas, siendo una alternativa de tratamiento eficaz para las familias.

Por su parte Minuchin (1977), desarrolló su trabajo sobre terapia familiar en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, clínica especializada para el tratamiento infantil, que se caracterizó por su enfoque eminentemente familiar. Su intención fue desarrollar modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicossomáticos en el niño. Debido a los resultados favorables, en la década de los años 70' implementó un programa de enseñanza familiar en el estado de Pensilvania, estableciendo más de 40 instituciones y entrenando a más de 350 terapeutas familiares en un breve periodo de tiempo. La condición práctica de este modelo y su efectividad lo convierten en una opción útil para los diferentes problemas que pueden presentar las familias en su ciclo de desarrollo.

El modelo planteado por De Shazer (1985), apunta hacia la idea de que en dos problemas expuestos por familias diferentes, los procesos de solución son más análogos que los problemas en sí; es decir, que para solucionar un problema no se necesita crear intervenciones muy complejas, si no crear soluciones que puedan ayudar a diferentes clientes ante diferentes problemas.

En las investigaciones realizadas por De Shazer (1985), reporta que de una muestra de 400 casos supervisados en el Centro de Terapia Familiar Breve, el 72% presentó una mejoría significativa en un promedio de seis sesiones; ambas investigaciones indican un alto nivel de efectividad de la terapia breve.

La perspectiva teórica de este autor, que lo incluye dentro de las escuelas de terapia familiar, sugiere un modelo de aplicación práctica que permite atender una diversidad de problemas tanto a nivel familiar como individual.

En México la terapia familiar ha tenido mayor desarrollo en el ámbito privado y es hasta hace aproximadamente una década cuando se retoma la institución familiar como un asunto de interés público conduciendo a generar diversas reformas en el

marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en los niveles de prevención, intervención y rehabilitación.

Por ejemplo, en el Distrito Federal a partir de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal (GDF, 1996), ha brindado un marco jurídico inicial y administrativo para coordinar y sumar los esfuerzos públicos y sociales tendientes a atender este problema social. Sentando las bases para la creación del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, de las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF), del Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI), el servicio de información de LOCATEL, el Albergue para mujeres que viven violencia familiar, los Centros de Atención a la Mujer (CIAM), el Registro de instituciones que trabajan la violencia, entre otros.

La terapia familiar, con una visión integradora ha logrado conciliar sus propuestas de intervención en un panorama tan complejo como lo es la violencia familiar. Sin embargo, es necesario empezar a trasladar la perspectiva sistémica y construccionista a otros ámbitos de la salud pública, como son la atención a las personas generadoras de violencia y no sólo a las personas que la padecen; en este sentido una de las propuestas de intervención comunitaria que se integran en este trabajo, en el capítulo III, intenta vincular la práctica de la terapia familiar-construccionista y el quehacer de las instituciones penitenciarias, situando así a la terapia familiar como una opción viable de tratamiento y atención terapéutica.

I.2 Caracterización de las sedes y subsedes donde se realizó el trabajo clínico

1.2.1 Descripción de las Sedes

El centro de servicio psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” fue fundado el 28 de noviembre de 1983, se encuentra ubicado en el edificio “D” Sótano, de la Facultad de Psicología de la UNAM, con dirección en Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán, colonia Copilco Universidad, México D. F.

Cuenta con 12 cubículos para atención individual, 4 cámaras de observación, 2 cubículos para terapeutas, 2 oficinas para asuntos administrativos (coordinación del centro y canalización de casos), área de recepción, sala de espera, cocina-desayunador, cuarto de intendencia y sanitarios.

El espacio destinado a la atención de las familias, son las cámaras de observación; éstas cuentan con circuito de televisión cerrado, de audio y vídeo, sillones, sillas y mesas que pueden adaptarse de acuerdo a las necesidades del tipo de terapia (individual, de pareja y/o familiar). La cámara está dividida por un espejo unidireccional; las dimensiones varían; en promedio el área para observación -del equipo terapéutico- tiene una capacidad para 20 personas y el área de consulta -para terapeuta y pacientes- tiene un espacio para 10 personas, aproximadamente.

El horario de atención a los usuarios es de 8:30 a 19:00 hrs. Las actividades que realizan los residentes en terapia familiar se dividieron en dos turnos: matutino y vespertino; con una mayor demanda para la atención en horario matutino.

Los servicios que ofrece el centro de servicios psicológicos se pueden resumir en los siguientes:

- ⇒ Terapia individual y grupal
- ⇒ Terapia familiar y de pareja
- ⇒ Tratamiento en adicciones
- ⇒ Enfermedades cardiovasculares y dolor crónico
- ⇒ Sexualidad humana
- ⇒ Modificación de hábitos alimenticios

- ⇒ Talleres sobre: autoestima, manejo de estrés y escuela para padres.
- ⇒ Psicoterapia infantil
- ⇒ Psicoterapia para adolescentes

1.2.2 Análisis sistémico de las sedes y subsedes

Organigrama

El centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, es un espacio que ofrece a los estudiantes en formación, supervisión clínica en diferentes corrientes psicológicas. Éste pertenece a la Coordinación de Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector, que a su vez corresponde a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología (Ver figura 1).

Personal y Roles

Cuando los usuarios asisten por primera vez son evaluados en una preconsulta con una duración de 40 a 60 min, esto con el fin de canalizarlos a las modalidades de psicoterapia ofrecidas por los programas del centro de servicios psicológicos o en su caso derivarlos a instituciones externas. Durante el periodo 2003-2005, las preconsultas fueron realizadas por los estudiantes de la residencia en medicina conductual y la residencia en terapia familiar.

Los profesores y supervisores adscritos, llevan a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos que brindan los residentes de los diferentes programas de maestría.

La coordinadora del centro está a cargo de la organización y asignación de espacios y horarios de atención. Las recepcionistas tienen bajo su responsabilidad atender y orientar a los solicitantes de forma personal o telefónica; la distribución y canalización de las solicitudes para el servicio de pre-consulta; la recepción de llamadas telefónicas y recibos de pago; la elaboración de documentos administrativos; el cuidado y manejo del equipo de vídeo de las cámaras de observación y el acceso a éstas.

Sectores implicados

En el primer semestre de la residencia en terapia familiar los alumnos fueron asignados al centro de servicios psicológicos para actividades de práctica clínica

en supervisión directa o narrada, atendiendo las solicitudes de servicio de terapia familiar, de pareja e individual.

El procedimiento iniciaba con la entrega de solicitudes de 8:30 a 9:30 AM de lunes a viernes, y en el mismo día se realizaba la preconsulta de canalización.

Las solicitudes eran registradas en la base de datos del centro de servicios psicológicos y canalizadas a las diferentes áreas de atención.

En la atención de terapia familiar, en la generación 2004-2006, los estudiantes contactaron directamente a la persona que requirió el servicio, se solicitó que en la primera sesión asistieran todos los miembros de la familia que vivían en casa o que consideraban significativos para la problemática planteada.

La organización de las sesiones, en su mayoría, fue con un terapeuta al frente de la familia y detrás del espejo nueve observadores y el supervisor.

A partir del tercer semestre el grupo de estudiantes de la residencia de terapia familiar se organizó en tres equipos, para atender pacientes en la modalidad de supervisión narrada, la cual consistía en hacer un relato de caso frente al grupo y supervisor, quienes hacían sugerencias y propuestas de intervención.

Fuentes de referencia

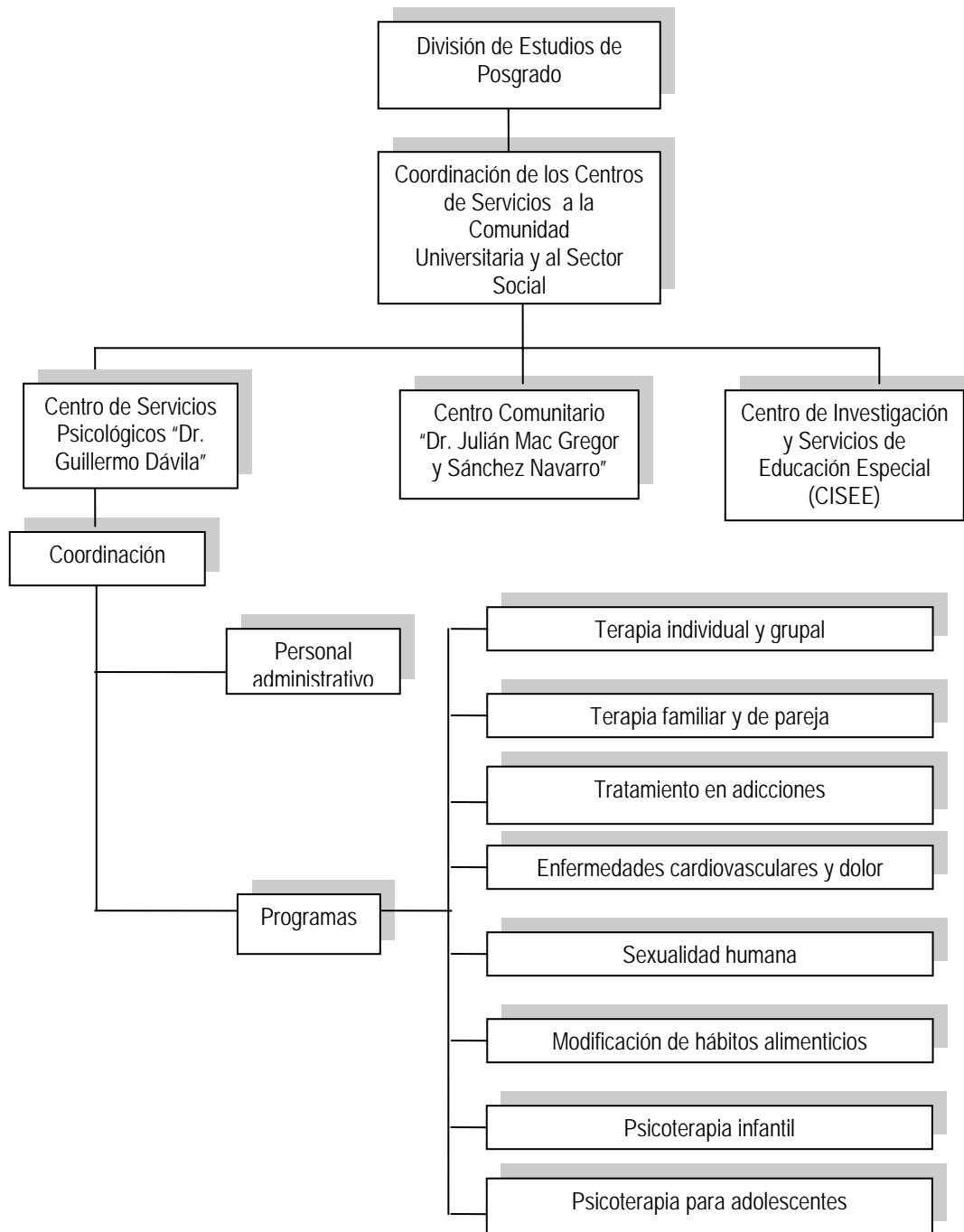
La población que se atendió fue público en general canalizados por instituciones como; Centros de Desarrollo Infantil, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), hospitales psiquiátricos, medios de comunicación como televisión y radio, así mismo, se atendió a la población estudiantil, trabajadores y personas derivadas por las clínicas pertenecientes a la UNAM.

Redes.

Las instituciones a las que se remitieron o canalizaron a los pacientes fueron:

- ⇒ Centros comunitarios dependientes de la UNAM.
- ⇒ Clínicas especializadas.
- ⇒ Instituciones gubernamentales y privadas.
- ⇒ Asociaciones civiles.
- ⇒ Consulta privada.

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



1.2.3 Explicación del trabajo clínico

La población atendida por los estudiantes de la tercera generación de la residencia en terapia familiar, fue público externo canalizado por instituciones como el DIF, hospitales psiquiátricos, así como, personas que identificaron el servicio por algún medio de publicidad (televisión y radio), de igual forma, se atendió a trabajadores y estudiantes de la UNAM.

Motivo de consulta

De los motivos de consulta que llevaron a las familias a solicitar el servicio de terapia familiar (ver tabla 3), los problemas en la relación de pareja ocuparon el primer lugar, dentro de este tipo de demanda se encontraban quejas referentes a conductas celotípicas, infidelidad, separación, riñas constantes e incapacidad para lograr acuerdos en los roles parentales ante el divorcio.

Motivo de consulta	Porcentaje
Relación de pareja	38 %
Educación y convivencia con los hijos	27 %
Violencia familiar	10 %
Comunicación familiar	8 %
Otros	17 %

Tabla 3. Motivos de consulta atendidos por la tercera generación de la residencia en terapia familiar periodo 2004-06.

El segundo lugar lo ocuparon los problemas relacionados a la educación y convivencia con los hijos, los cuales implicaban dificultad para establecer límites en la infancia, bajo rendimiento escolar y dificultades en el transito por la etapa de la adolescencia.

En tercer lugar se encontraron los conflictos por interacciones violentas, que incluía violencia de tipo física, emocional y sexual.

Las dificultades en la comunicación familiar, toma de acuerdos y establecimiento de reglas de convivencia, ocuparon el cuarto lugar.

El menor porcentaje, incluyó dos familias que manifestaban síntomas de depresión y una familia que refería la presencia de trastornos de la alimentación en uno de sus miembros.

Modalidad de trabajo

La forma de atención a los usuarios del servicio se dividió en tres modalidades, en primer lugar terapia familiar, es decir con la mayoría de los miembros de la familia durante las sesiones; en segundo lugar terapia de pareja y en tercer lugar con un solo miembro. (Ver tabla 4).

Modalidad de trabajo	Porcentaje
Terapia Familiar	47 %
Terapia de Pareja	25 %
Terapia individual con enfoque sistémico	28 %

Tabla 4. Modalidad de trabajo durante la tercera generación de la residencia en terapia familiar periodo 2003-05.

Modelo terapéutico

Durante el proceso de atención a las familias, se aplicaron los diferentes modelos de intervención de acuerdo a las principales escuelas de terapia familiar.

Los criterios para clasificar los casos atendidos de acuerdo a una escuela de intervención, fue en base al modelo que se estuviera revisando con el supervisor.

Sin embargo, en los modelos posmodernos -que incluye el modelo narrativo, colaborativo y equipo reflexivo- la supervisora planteó la posibilidad de que el terapeuta responsable definiera el modelo de intervención de acuerdo a su inclinación teórica dentro de estas tres escuelas, dando como resultado, que la mayoría de los terapeutas definieran las intervenciones dentro del modelo narrativo, sin embargo, es importante mencionar que en algunas sesiones se utilizó el equipo reflexivo y se aplicaron los principios filosóficos de la terapia colaborativa.

Así mismo, en la modalidad de supervisión narrada, el terapeuta responsable era quien definía el modelo de intervención, buscando como apoyo a un supervisor que convergiera con el modelo elegido.

Como se puede observar en la tabla 5, el modelo más utilizado fue el orientado a soluciones, seguido por el modelo integrativo¹ en tercer lugar se encuentra el modelo Narrativo, en el cuarto lugar el modelo de terapia breve del MRI y la escuela de Milán con igual porcentaje y finalmente el modelo estructural.

Modelo Terapéutico	Porcentaje
Orientado a soluciones	30 %
Integrativo	18 %
Narrativo	15 %
Terapia Breve del MRI	13 %
Milán	13 %
Estructural	11 %

Tabla 5. Modelos terapéuticos empleados durante la tercera generación de la residencia en terapia familiar periodo 2003-05.

¹ Propuesto por el Dr. Raymundo Macías Avilés (comunicación personal, Septiembre- diciembre de 2003)

Tipo de supervisión

El tipo de supervisión clínica estuvo basada en dos modalidades; supervisión directa, que consistía en la presencia del supervisor detrás del espejo durante las sesiones, y supervisión narrada, en donde el supervisor estaba ausente, sin embargo, se le reportaba en forma escrita. En ambas circunstancias, el supervisor dirigía y enriquecía las intervenciones clínicas. Como se observa en la tabla 6, el porcentaje de familias atendidas con supervisión directa fue mayor que las atendidas en supervisión narrada.

Tipo de supervisión	Porcentaje
Supervisión directa	73 %
Supervisión Narrada Terapia de Pareja	27 %

Tabla 6. Tipos de supervisión durante la tercera generación de la residencia en terapia familiar periodo 2003-05.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

La terapia familiar durante su desarrollo ha retomado diversas metáforas que le han permitido dirigir y conceptualizar sus investigaciones e intervenciones clínicas, desde la Teoría de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética, el Constructivismo y en los últimos tiempos el Construccinismo. El movimiento de terapia familiar ha ido surgiendo en forma simultánea en diversos lugares, influyéndose entre sí, sin embargo, cada escuela ha desarrollado diferentes lenguajes aun dentro del mismo campo.

Hacer un recuento de todas las influencias importantes que se han presentado a lo largo de la historia sería una labor enorme que rebasaría los objetivos de este trabajo, por lo que en él se limitará a hacer un análisis de los interrogatorios o tipos de preguntas que las diferentes escuelas han desarrollado, basándose en el supuesto de que la forma de preguntar, revela la postura epistemológica y los fundamentos teóricos que sustentan a cada modelo.

Se iniciará haciendo una reseña histórica sobre algunos personajes influyentes en la terapia familiar; se retoma la clasificación hecha por Bertrando y Toffanetti (2004), de acuerdo a las inclinaciones teóricas que caracterizaban el trabajo de esos primeros autores.

2.1 Principales precursores de la terapia familiar. Clasificación de acuerdo con Bertrando y Toffanetti

2.1.1 Influencias psicoanalíticas

Nathan W. Ackerman

Es un analista influyente de Nueva York, se considera el precursor de la terapia familiar, él sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa, por lo que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, y éste último es el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. En 1957 funda el *Family Services de Nueva York* y en 1958 publica un libro sobre el diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, *The Psychodynamics of Family y Life*.

Ivan Boszormenyi-Nagy

Nace en Hungría, donde se forma como psiquiatra, para después trasladarse a Filadelfia, es psicoanalista durante muchos años, Nagy está influido inicialmente por la psiquiatría interpersonal de Sullivan, que contribuye a orientar su interés hacia la terapia de la psicosis. En 1957 es nombrado director de la unidad de investigación para el tratamiento de la esquizofrenia en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EPPI).

En 1973 publica el libro *Invisible Loyalties* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973), en él introduce una perspectiva multigeneracional, en donde el concepto de lealtad puede ser entendido como las premisas que los padres pueden depositar en sus hijos, las cuales pueden ser pesadas o pocas constructivas, sin embargo, los hijos están obligados, por lealtad, a guiar sus vidas con estas creencias. Para Nagy la individuación es importante, pero no en contraposición con la lealtad de la propia familia. Este autor, trata de buscar un equilibrio entre las exigencias del individuo y las de la unidad familiar.

2.1.2 Influencias intergeneracionales

Murray Bowen

Es originario de la burguesía rural de Tennessee, se gradúa en medicina en 1937 y empieza a trabajar en el estado de Nueva York. En 1954 se traslada al *National Institute of Mental Health* (NIMH) de Washington, en donde crea un proyecto de observación familiar y funda un centro en el que acoge a familias de esquizofrénicos, a partir de estas investigaciones desarrolla una teoría trigeneracional para explicar la esquizofrenia. Se preocupa por rastrear información de las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar y encontrar en el pasado indicios y conexiones con el presente, su terapia esta enfocada a diferenciar al individuo de la masa indistinta de la familia.

2.1.3 Influencia sistémica y estratégica

Gregory Bateson

Bateson de origen inglés quien realiza estudios en el área de la biología, para posteriormente hacer estudios de antropología, en un inicio está interesado en

conocer la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca. Propone aplicar los conceptos de retroalimentación negativa y la homeostasis de la nascente cibernética, a los fenómenos sociales.

Posteriormente se interesa en los procesos de comunicación y junto con Jurgen Ruesch escribe el libro *Communication: The social Matriz of Psychiatry*, 1951 (citado en Bertrando Toffanetti, 2004), aplicando los conceptos de la cibernética.

Posterior a esto se aleja de la psiquiatría para desarrollar investigación en la comunicación de los animales, concibiendo por primera vez la idea de usar los presupuestos jerárquicos de la filosofía de Bertrand Russell, aplicados en la comunicación en vez de la lógica.

En 1952 la Rockefeller Foundation le concede una beca de dos años para continuar con sus estudios, él se enfoca al estudio de la comunicación de los esquizofrénicos, proponiendo que éstos no pueden diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y lo hechos reales como metáforas, por lo tanto, el esquizofrénico no puede diferenciar entre los diferentes niveles lógicos de la comunicación; Bateson, centra su atención en el contexto de aprendizaje que hace posible tal trasgresión, de igual forma, define los canales de la comunicación en analógicos y digitales, en donde el primero clasifica al segundo. También, aplica al análisis de la comunicación humana los conceptos de simogenésis simétrica o complementaria, que había formulado para describir los contactos culturales.

Donald DeAvila Jackson²

Jackson psiquiatra y psicoanalista licenciado en 1943 por la Universidad de Stanford, a partir de 1951 dirige el departamento de psiquiatría de la *Palo Alto Medical Clinic*, es miembro del instituto de psicoanálisis de la ciudad y profesor del departamento de psicología de Stanford. Él estaba interesado en los mecanismos subterráneos homeostáticos familiares.

En 1954 se asocia con Bateson y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. Mientras trabaja como consultor del proyecto de Bateson, no deja de desarrollar sus propias ideas, en 1959 funda el Mental Research Institute (MRI).

² El nombre completo del autor fue retomado de Wittezaele y García (1994), P. 200.

Jackson es influido por las ideas acerca de la comunicación de Bateson, de igual forma integra a su perspectiva, la idea proveniente de la cibernética que propone estudiar la secuencia de las acciones y no las acciones aisladas, haciendo énfasis en el contexto.

Para Jackson el síntoma en el paciente, cumple en el sistema familiar, una función vital en cuanto al equilibrio de las relaciones entre sus miembros, su presencia permite a los integrantes de la familia no exhibir dificultades evidentes. Partiendo de esta idea, fija su atención en las formas de comunicación; las ideas del doble vínculo, la homeostasis y las reglas familiares.

De acuerdo a este autor, el terapeuta tendrá que estar muy atento a los esquemas de interacción de la familia, relegando a un segundo plano el juego de las emociones, concediendo mayor atención a los procesos cognitivos de la familia.

Milton Erickson

Nacido en Aurum Nevada en 1899, se titula en psicología en la ciudad de Wisconsin, se interesa por la hipnosis, denotando habilidad para inducir en trance a todo tipo de personas. En la universidad de Colorado estudia medicina y se especializa en psiquiatría. Por cuestiones de salud se traslada a radicar en Phoenix, Arizona en donde se retira de todas sus actividades públicas, en 1950 figura entre los fundadores de la *American Society for Clinical Hypnosis* y dirige la revista de la asociación. Su contribución más notable reside en su punto de vista sobre los seres humanos y en una serie de técnicas terapéuticas. La idea central de Erickson es que cada individuo tiene dentro de sí las potencialidades suficientes para mejorar por sí solo. Asimismo, presta la mayor atención posible a todos los aspectos del lenguaje verbal y no verbal, así como, a los patrones de interacción entre las personas. Sus premisas teóricas y su estilo de intervención fueron una gran influencia para la mayoría de las escuelas de terapia familiar.

2.1.4 Influencia de las terapias experienciales

Carl Whitaker

Nació en 1912 en el estado de Nueva York, se desempeña como psiquiatra, en la *Child Guidance Clinic de Louisville*, Kentucky, en donde aprende la terapia de juego con niños y se interesa por los aspectos simbólicos y no verbales. En 1946

pasa a la Universidad de Emory, en Atlanta, donde también imparte una cátedra de psiquiatría. Ahí comienza a trabajar en co-terapia en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Para Whitaker son importantes los procesos emotivos del cliente, así como, los aspectos simbólicos, toma en consideración a la familia, pero siempre por motivos prácticos, ya que considera a la familia como una unidad global más que la suma de los individuos. Para él, el terapeuta debe de convertirse en un elemento perturbador, generalmente agresivo, es decir, un provocador de flujos de comunicación.

2.1.5 Terapia Familiar en México

Raymundo Macías Avilés³

Al Dr. Raymundo Macías se le considera el pionero de la terapia familiar en México; médico-cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM, cursó la maestría y doctorado en psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma institución. Así mismo, realizó su formación psicoanalítica en el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, bajo la dirección de Erich Fromm. De igual forma se trasladó a Montreal Canadá a cursar un diplomado de cuatro años en la *McGill University* bajo la supervisión de Epstein, con quien se formó como terapeuta familiar.

En 1969 en colaboración con los doctores Roberto Derbez y Lauro Estrada, estableció en México, el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. En 1970 se separa de la universidad y decide fundar su propio Instituto de la Familia (IFAC).

El modelo Integrativo que propone el Dr. Macías intenta conciliar las ideas sistémicas y las premisas de Erich Fromm. Una de sus aportaciones a la práctica clínica es el Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural, el cual permite realizar un diagnóstico rápido y ordenado sobre la estructura familiar y las relaciones afectivas entre sus miembros.

³ Comunicación personal, septiembre 17 de 2003.

2.2 Influencias epistemológicas de la terapia familiar

Varias disciplinas influyeron en el surgimiento y consolidación de la terapia familiar sistémica, entre las cuales podemos mencionar, la Teoría de los Juegos, la Teoría de la Toma de Decisiones y la Teoría de los Grupos Lógicos, las cuales de acuerdo a Molina (1996), comparten dos visiones: trabajan con totalidades y son interaccionistas; sin embargo, agrega el mismo autor, fueron cuatro las disciplinas que surgieron casi simultáneamente e influyeron directamente: La Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética, y el Constructivismo. Asimismo, en los años ochenta y noventa surgió la teoría socio-construccionista, que ha tenido una gran influencia en los últimos años.

2.3.1 Teoría General de los Sistemas (TGS)

Eguiluz (2001), refiere que las ideas precursoras sobre los sistemas provienen desde los años veinte, por ejemplo, Wertheimer en 1921 propone a partir de sus investigaciones sobre la percepción humana que el hombre percibe totalidades organizadas. Para 1924 aparecen los resultados de las investigaciones de Köhler respecto a las Gestalten Físicas, en 1925 Lotka investigó acerca del concepto general de los sistemas, en 1926 Lewin inicia el desarrollo de su Teoría del Campo, mismo años en que Bertalanffy postula su concepción organísmica en biología.

Sin embargo, la Teoría General de los Sistemas se le atribuye a Bertalanffy en 1947, las influencias teóricas llevan al autor a plantear una explicación científica sobre los “Todos” y las “Totalidades”, que hasta ese momento no había sido objeto de estudio de la ciencia.

De acuerdo a Bertalanffy (1968), posterior a la segunda guerra mundial, se dio un cambio en el clima intelectual, favoreciendo la construcción de modelos teóricos y generalizaciones abstractas, en donde algunos de los motivos conducentes a crear una TGS respondieron a varios factores:

- ⇒ La necesidad de la ciencia de establecer sistemas de leyes explicativas y predictivas, originó que se redujeran conceptos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento, al paradigma de la física, en virtud de los adelantos que esta ciencia estaba obteniendo, sin embargo, al mismo

tiempo, las exigencias de la nueva tecnología llevó al surgimiento de nuevos campos, más allá del sistema tradicional de la física.

- ⇒ En el campo de la biología, del comportamiento y la sociología, había problemas esenciales que la ciencia clásica no contemplaba, conceptos como los de organización, directividad, teleología, los cuales no tenían cabida.
- ⇒ En ese momento la ciencia clásica se ocupaba de problemas de dos variables, de cursos causales lineales con una o pocas variables. Sin embargo, numerosos problemas, en biología, ciencias sociales y del comportamiento, no contemplaban los problemas como multivariantes que requerían nuevos instrumentos conceptuales.
- ⇒ La necesidad de crear instrumentos conceptuales adecuados, que sirvieran para explicar y predecir.
- ⇒ La necesidad de modelos interdisciplinarios, que trascendieran los compartimientos ordinarios de la ciencia y fueran aplicables a fenómenos en diferentes campos.

Al mismo tiempo, se estaba dando una serie de progresos novedosos en otras ciencias; los avances en la cibernética, la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría de la decisión, las matemáticas relacionales, el análisis factorial y la teoría general de los sistemas en un sentido estricto, llevaron a evidenciar la necesidad de una teoría más abarcadora.

De acuerdo a Eguluz (2001), la TGS se centra sobre las totalidades y sobre sus interacciones internas y externas con su medio, pues concibe la realidad como una totalidad, que no puede ser prevista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas. Así su objeto de estudio sería las correspondencias o *isomorfismos* entre sistemas de todo tipo; entendiendo el concepto de *isomorfismo* como la correspondencia de uno a uno entre objetos de sistemas diferentes, que preserva la relación entre los objetos. De lo que se desprende que entre los diversos fenómenos hay similitudes, de manera que pueden crearse leyes que tengan una estructura análoga en los distintos campos, permitiendo al

investigador emplear modelos sencillos para tratar fenómenos más complejos y que pueden ser transferibles entre diferentes campos.

Siguiendo a la misma autora, dentro de los conceptos teóricos que conforman la TGS encontramos:

- ☞ **Sistema:** Puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes, donde interacción significa que elementos P, están en relaciones, con R, de suerte que el comportamiento de un elemento P' en R, es diferente de su comportamiento en otra relación P R'.
- ☞ **Sistema abierto:** Al referirse a los sistemas biológicos, Bertalanffy señala que los organismos vivos son sistemas abiertos, es decir sistemas que intercambian materia con el medio circundante.
- ☞ **Sistema cerrado:** Los sistemas cerrados quedan comprendidos dentro de la física y la química, refiriéndose aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente.
- ☞ **Sinergia:** Un objeto tiene sinergia cuando el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo, es decir la suma de sus partes es distinta al todo. Este es uno de los principales motivos de porque la investigación con este tipo de objetos no debe de centrarse en el comportamiento de una de las partes, sino en las interacciones entre los diversos componentes.
- ☞ **Recursividad:** Este concepto nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas tanto mayores como menores. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se mantienen en otros de mayor tamaño, y cada uno se comporta como un sistema, es decir como un individuo que posee todas las características de su especie o clase.
- ☞ **Retroalimentación positiva:** Se caracteriza por el aumento de la desviación de los procesos recursivos. Es el proceso que lleva a un cambio de sistema.

- ⇒ **Retroalimentación negativa:** Esta caracterizada por la disminución de la desviación de los procesos recursivos. La retroalimentación negativa lleva a la homeostasis del sistema.
- ⇒ **Orden jerárquico:** Este concepto implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo y se relaciona con conceptos como evolución, diferenciación, organización, etc. y siempre se refiere a estados de menor complejidad que evoluciona a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.
- ⇒ **Equifinalidad:** Este concepto resulta de vital importancia para entender los fenómenos de regulación biológica, la equifinalidad es la tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, fundada en interacciones dinámicas en un sistema abierto que alcanza un estado uniforme.
- ⇒ **Entropía:** Es una medida aproximada de desorganización y desorden. El cambio de entropía en sistemas cerrados es siempre positivo, porque hay una continua destrucción del orden. Mientras que en los sistemas vivos, no solo se produce entropía por procesos irreversibles, sino que también puede haber entrada de entropía negativa.

Estos conceptos fueron asumidos por diferentes disciplinas, incluyendo la psicoterapia, en donde los pioneros de la terapia familiar consideran que los principios comunes a los sistemas, también están presentes en la familia.

De acuerdo a Molina (1996), Bertalanffy era considerablemente fisicalista y veía los sistemas como cosas que estaban allá afuera, haciendo una ontologización de los sistemas al tomarlos como objetos.

2.3.1 Teoría de la Comunicación Humana

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), desarrollaron la teoría de la comunicación humana, retoman los tres niveles de la comunicación propuestos anteriormente por Morris (1938, citado en Watzlawick, et al. 1991): Sintáctica, semántica y

pragmática, haciendo énfasis que ellos se encargaran de esta última, es decir de los efectos de la comunicación sobre la conducta.

Buscan respaldar su teoría en las teorías matemáticas, para ello retoman los conceptos de función y relación pues consideran basados en autores como Langer (1942, citado en Watzlawick, et al. 1991), que las construcciones matemáticas no son sólo símbolos, sino que tienen significado en términos de relaciones, no de sustancia.

Para ellos es importante retomar este concepto ya que contemplan que los fenómenos sólo podemos aprehenderlos cuando se encuentran en relación a un contexto, para ejemplificar este razonamiento se apoyan en la afinidad con el movimiento, argumentando que éste sólo puede percibirse en relación a un punto de referencia, que las investigaciones que se han hecho sobre los sentidos y el cerebro han demostrado que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relación, y que ellas constituyen la base de la experiencia que el hombre tiene de la realidad. Así, cuando se establece una relación, se le pone a prueba en un rango tan amplio como las circunstancias lo permiten y se llega a una abstracción que es idéntica al concepto matemático de función. Por tanto, nuestras percepciones, no son “cosa” sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino signos que representan una conexión, una infinidad de posiciones posibles de carácter similar.

Estos razonamientos influidos por las teorías interaccionistas que se encuentran en pleno desarrollo los llevan a concebir a los hechos como parte de un contexto más amplio, no como entidades aisladas o inherentes a sí mismas.

Tratando de diferenciar su teoría, la contrastan con la teoría psicoanalítica, la cual en ese momento era una de las imperantes, afirmando que ésta se basa en un modelo conceptual el cual postula, que la conducta es el resultado de una interacción hipotética de fuerzas intra-psíquicas, haciendo una analogía a las leyes de la conservación de la energía, en total congruencia con el paradigma de la física. Sin embargo, los autores de la teoría de comunicación humana, siguiendo los razonamientos de Bateson (1968), argumentan que las leyes derivadas de la física son útiles para explicar el mundo de las cosas inanimadas, de los objetos materiales, no obstante, no pueden explicar el mundo de los seres vivos, lo cual

hace indispensable el concepto de intercambio de información, esto es de comunicación.

Para ejemplificar citan el ejemplo de si a un perro se le da un puntapié y éste es demasiado fuerte, puede ser que sea desplazado de lugar de acuerdo a la cantidad de energía, sin embargo, la respuesta de ataque o huida del animal, dependerá de la propia energía de su metabolismo. Por ende lo que se transfiere no es energía sino información. En otras palabras el puntapié es una conducta que comunica algo al perro, y el perro reacciona a esa comunicación con otro acto de conducta comunicación. Este pasaje conceptual de energía a información resultó esencial para el desarrollo casi vertiginoso en la filosofía de la ciencia desde el final de la segunda guerra mundial, lo cual, llevó a postular a la cibernética como una nueva epistemología, además de ofrecer una visión totalmente nueva del funcionamiento de los complejos sistemas interactuantes que encontramos en biología, psicología, sociología, economía y otros campos.

Un concepto que se vuelve relevante para estos autores es el de redundancia, que se refiere a que en los sistemas naturales se logra cierta conservación de la adaptación. Ello significa que las adaptaciones anteriores no quedan destruidas cuando se encuentran otras nuevas y que la búsqueda no necesariamente tiene que iniciarse desde el comienzo como si nunca antes se hubiera alcanzado una solución. Es decir se tiene la capacidad para acumular adaptaciones previas para su uso futuro, ciertos agrupamientos de configuraciones se vuelven repetitivas y por ende más probables que otras, esto nos permite sacar conclusiones o predicciones con respecto a las secuencias futuras, por lo tanto se puede decir que este proceso trasmite información.

Siguiendo con el anterior razonamiento, las redundancias en el lenguaje, han contribuido a que la lingüística estableciera las reglas de la gramática, la sintáctica y la semántica, sin embargo, hasta ese momento el área pragmática del lenguaje había sido poco estudiada, comentaban que somos incapaces de comunicarnos acerca de la comunicación, por lo tanto, una de las premisas que fundamenta su trabajo es buscar las configuraciones o redundancias que se desprenden de la pragmática del lenguaje, pues estas son la base de toda investigación científica y son aplicables al estudio de la conducta humana.

Sin embargo, refieren que la dificultad para su estudio es que estas configuraciones pueden no ser asequibles a la conciencia. Para fundamentar este argumento, retoman los niveles de conciencia planteados por Bateson (1962), quien afirma que a medida que ascendemos en la escala de órdenes de aprendizaje, llegamos a regiones de configuración más y más abstractas, que están menos sometidas a la inspección conciente, ejemplifica que el hábito de la dependencia es mucho menos posible de percibir para el individuo, que el hecho de haber recibido ayuda en una ocasión determinada.

Sin embargo, la situación se ve transformada cuando se introduce a un tercer observador, quien puede comprender desde fuera la interacción humana e identificar una configuración compleja de redundancias.

La limitación que se enfrenta al tratar de hablar sobre comunicación, es que no se tiene un lenguaje para abordarlo, entonces el lenguaje es el mismo vehículo para describirse, de aquí surge la necesidad de adoptar el concepto de *metacomunicación*, el cual, se refiere a cuando se deja de utilizar la comunicación para comunicarse y se usa para comunicar algo acerca de la comunicación, situación que es inevitable cuando se estudia a sí misma. Esta analogía es retomada de las matemáticas, ya que mencionan que se habla de metamatemáticas cuando se utiliza una teoría matemática para investigar los postulados de otra teoría matemática, la importancia para estos autores de retomar la ciencia de los cálculos para fundamentar su teoría es que en base a las redundancias se pueden establecer teoremas generales, es decir movimientos gobernados por reglas. En síntesis; si observamos que la conducta “a” efectuada por un comunicante que provoca la conducta “b”, “c” y “d” en el otro, al mismo tiempo que excluye las conductas “x” y “z”, entonces es posible postular un teorema metacomunicacional. De aquí se comprende que hayan planteado los cinco axiomas de la comunicación humana:

- ☉ **No es posible no comunicarse.** No hay nada que sea lo contrario de conducta, es decir, es imposible no comportarse, por lo tanto, no se puede dejar de comunicar, entendiendo que toda conducta en una interacción tiene un valor de mensaje, es decir de comunicación, por lo tanto, se deduce que por mucho que se intente, no se puede dejar de comunicar.

- ⇒ **Los niveles de contenido y relación en la comunicación.** 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 primero transmite los “datos” de la comunicación y el segundo cómo debe de entenderse dicha comunicación, la relación puede expresarse en forma no verbal, gritando o sonriendo. Asimismo, la comunicación puede entenderse claramente a partir del contexto, en el que la comunicación tiene lugar.
- ⇒ **La puntuación de la secuencia de hechos.** La puntuación de la comunicación se refiere a la interacción, es decir al intercambio de mensajes entre los comunicantes y la forma en que estos organizan e interpretan los hechos de la conducta del otro. Por lo tanto resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y por ende resulta vital para las interacciones en marcha.
- ⇒ **Comunicación digital y analógica.** El aspecto digital de la comunicación se refiere a un nivel abstracto, es la utilización de palabras para referirnos a los hechos u objetos y éstas tienen sentido en un contexto establecido. El aspecto analógico del lenguaje se refiere a la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras y a cualquier otra manifestación no verbal que el organismo es capaz. Por lo que se deduce que los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- ⇒ **Interacción simétrica y complementaria.** Las relaciones simétricas están basadas en la igualdad, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, es decir, a disminuir las diferencias. Éstas pueden ser en debilidad o fuerza, bondad o maldad o en diversas áreas. Las relaciones complementarias la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, por lo tanto la interacción complementaria esta basada en la diferencia.

Los autores de la teoría de la comunicación humana, están de acuerdo en la dificultad de observar el funcionamiento de la mente humana, retomando el concepto de la caja negra, postulando que a veces las relaciones permiten hacer deducciones con respecto a lo que realmente sucede en el interior de la caja, ya que tal conocimiento no resulta esencial para estudiar la función del aparato dentro del sistema más amplio del que forma parte. Este concepto aplicado a los problemas psicológicos y psiquiátricos ofrece la ventaja heurística de que no es necesario recurrir a ninguna hipótesis intrapsíquica imposible de verificar en última instancia, y de que es posible limitarse a las relaciones observables entre entradas y salidas, esto es, a la comunicación.

2.3.1 Cibernética

Al mismo tiempo que se está dando a conocer la teoría de los sistemas de Bertalanffy (1968), se siguen dando importantes avances en disciplinas que más adelante tendrán una gran influencia sobre la terapia familiar. Hacia 1940 el neurofisiólogo Warren McCulloch junto con Walter Pitts un lógico matemático empiezan a elaborar su teoría sobre las redes nerviosas. El lenguaje formal que desarrollan en su teoría es similar al lenguaje desarrollado por los matemáticos John von Neumann y Norbert Wiener en sus investigaciones sobre el sistema de control automático, dadas las condiciones de la segunda guerra mundial, sus investigaciones son utilizadas en la construcción de armas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Posteriormente Norbert Wiener -quien se ve influido por el neurofisiólogo Arturo Rosenblueth, con quien se reúne regularmente para discutir sobre sus trabajos, a cerca de circuitos de computación, sistema nervioso y homeostasis biológica- desarrolló un sistema de control automático para los proyectiles de defensa antiaérea en el que empleaba mecanismos de retroalimentación negativa, es decir, los misiles eran capaces de seguir a su objetivo logrando corregir su dirección a través de poder producir información que le era regresada por su objetivo, lo cual le indicaba si el blanco seguía en el mismo lugar o había cambiado de ruta (Wittezaele y García, 1994).

De acuerdo a Molina (1996), este principio de retroalimentación que parece tan sencillo es el núcleo de la cibernética.

Con el desarrollo de la cibernética se pasa de los sistemas estáticos y estructurales a contemplar procesos dinámicos que utilizan la información como medio de regulación.

En el año de 1942 se inician una serie de conferencias interdisciplinarias auspiciadas por la *Josiah Macy Foundation*, institución que dirige McCulloch, a las que se denomina *Macy Conference*, su objetivo era dar a conocer los nuevos descubrimientos de las matemáticas, la ingeniería y la fisiología. En estas conferencias se puede citar el inicio de la gran influencia que sostendrá la cibernética en el desarrollo de la terapia familiar.

Estos encuentros se caracterizaban por la diversidad de personajes ilustres que acudían con el objetivo de compartir y descubrir nuevas ideas, entre los que se encuentran; los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead, el neurofisiólogo Warren McCulloch, los matemáticos Norbert Wiener, John von Neumann y Leonard Savage, el ingeniero electrónico William Bigelow, los psicólogos Molly Harrower y Kurt Lewin, el teórico en sistemas Heinz von Foerster, entre otros (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En estas conferencias Bateson y Mead tratan el tema de la carencia de principios científicos en las ciencias sociales y de la posibilidad de utilizar la retroalimentación negativa y la homeóstasis como modelo explicativo de los fenómenos sociales, utilizando como ejemplo las observaciones de Bateson en Nueva Guinea (Wittezaele y García, 1994).

En el año de 1949 se adopta oficialmente el término cibernética para denominar la nueva disciplina, término propuesto por Wiener en 1948, a partir de una palabra griega que significa "timonel". Según Wiener la cibernética es el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina. Posteriormente Bateson la definió como la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información (Wittezaele y García, 1994).

La cibernética que Bateson introducirá en la terapia familiar será la de Wiener, compartiendo con él su visión holística e interdisciplinaria; en donde mencionaban que todo está conectando con todo y por tanto, los límites usuales entre las disciplinas deben de ser superados.

La cibernética tuvo un desarrollo durante los siguientes años, hasta llegar a la postulación de la “Cibernética de segundo orden”, planteamiento que influye y al mismo tiempo retoma ideas de la teoría del constructivismo.

Cibernética de Primer Orden

1ª Cibernética

De acuerdo a Feixas (2000), en sus enunciaciones iniciales, la 1ª cibernética se centra en el concepto de retroalimentación negativa, como mecanismo fundamental para el mantenimiento del sistema en sus parámetros básicos de organización. En esta etapa se introduce el concepto de homeostasis, que se refiere a la capacidad de los sistemas vivos de recobrar su estabilidad cuando ésta se ve alterada.

Este concepto es utilizado por los psicoterapeutas, quienes buscaban reestablecer la homeostasis o el equilibrio en las familias. Cuando existe una desviación de la meta, aparece un desequilibrio y la retroalimentación permite regresar a la dirección correcta y equilibrar (Molina, 1996).

Feixas (2000), menciona que uno de los conceptos más esenciales de la cibernética, ya en estos planteamientos iniciales, es el de información, en donde los seres vivos como sistemas abiertos, no sólo intercambian materia y energía con el medio, sino también información.

2ª Cibernética

La segunda cibernética afirma que en los sistemas abiertos, vivos y autodirigidos, el cambio es inherente; no pueden no cambiar y por lo tanto, se basan más en la retroalimentación positiva, que aumenta la desviación y produce el cambio (Molina, 1996).

Esta segunda cibernética engloba a la primera, e implica una descripción más amplia acerca de cómo: 1) los sistemas cambian para mantener sus parámetros, y 2) cómo cambian dichos parámetros y, en definitiva el sistema.

Maruyama (1963, citado en Feixas, 2000, p. 52), apunta que la supervivencia de cualquier sistema de vida depende de dos importantes procesos:

- a. *Morfostasis: Proceso por el que el sistema debe de mantener su continuidad frente a las variaciones del ambiente. Su elemento básico es la retroalimentación negativa, y su prototipo es el termostato.*
- b. *Morfogénesis: Proceso por el que el sistema cambia su estructura básica. Comprende básicamente el circuito de retroalimentación positiva y tiende a ampliar la desviación, como en el caso de una mutación afortunada que permite a la especie adaptarse a condiciones ambientales alteradas.*

Como apunta Bateson (1972, citado en Feixas 2000, p. 53), “la acción correctiva es puesta en movimiento por la diferencia”. La cibernética nos sugiere, en consecuencia, que puede entenderse todo cambio como el empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio

Wiener (citado en Keeney, 1991, p. 87) propuso que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de la retroalimentación. La retroalimentación puede producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de sus acciones futuras. Aquí introduce la utilización de la teoría de los tipos lógicos para su explicación. Por tanto, al tratar de entender a un organismo en su totalidad se deben de tomar en cuenta todos los niveles en los que esta inserto.

Cibernética de 2do. Orden ó Cibernética de la Cibernética

La cibernética de la cibernética de acuerdo a Keeney (1991), fue una frase propuesta por Margared Mead en 1968, y es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema.

Este enfoque representa un nivel –meta- cualitativamente distinto de la cibernética de primer orden, en este momento se cuestionan como operan los sistemas observadores para observar, como operan ellos mismos en su observar.

Así como, la cibernética de primer orden se basó en la premisa del estudio de la realidad externa, sin referirse a la actividad cognoscitiva que hace posible dicho

estudio, la cibernética de segundo orden se centra precisamente en el rol de observador que construye la realidad observada. Puede decirse entonces que esta nueva cibernética trata de las pautas de relación que se dan en los procesos recursivos de la observación.

Desde esta perspectiva agrega Feixas (2000), los planteamientos de la cibernética de primer orden, los ingenieros solían referirse al estudio de las “cajas negras”, limitándose en gran medida a estudiar la relación entre lo que entra en un sistema (*input*) y lo que sale (*out put*), dicha relación resultaba ser cibernética cuando el resultado de lo que salía actuaba sobre el sistema de modo que modificaba las próximas salidas. Esta concepción sostenía que el observador se mantenía fuera del fenómeno observado.

Keeney (1991), menciona que cualquier sistema, se trate del mecanismo de conducción de un cohete o de un simple aparato de calefacción, esta circunscrito por órdenes superiores de control de retroalimentación.

El mismo autor afirma que en un orden superior de recursión, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel es incapaz de ejercer un control unilateral y puede ora facilitar, ora bloquear la autocorrección indispensable.

Pask (1969; citado en Keeney, 1991, p. 91) sostuvo que la idea elemental de un sistema dotado de finalidad no siempre tomaba en cuenta los órdenes de recursión superiores. Este mismo autor diferenció dos tipos u órdenes de sistemas orientados hacia una meta: Los sistemas taciturnos y los sistemas orientados por el lenguaje definiéndolos así:

“Los sistemas taciturnos son aquellos para los cuales el observador enuncia una meta (finalidad presente en el sistema en cuestión), que luego es equiparada con la finalidad establecida para él. En contraste con ello, en los sistemas orientados con el lenguaje, cualquiera que conozca el lenguaje-objeto puede solicitar o instruir al sistema para que adopte ciertas metas y el sistema puede enunciar y describir sus propias metas utilizando el mismo medio.”

En los sistemas orientados por el lenguaje, el observador se incorpora con más claridad al sistema, al definir y establecer cuál es su propia finalidad. Este es un

orden de finalidad más alto. El operador de una computadora forma parte del sistema que computa.

La diferencia entre los sistemas taciturnos y los sistemas orientados por el lenguaje está dada por el orden de recursión. En vez de ver estos sistemas como una dualidad de opuestos, puede concebirse que los sistemas orientados por el lenguaje, representan un orden de recursión superior que los sistemas taciturnos y que estos últimos constituyen una aproximación complementaria de los primeros.

Paralelo a estos avances de los terapeutas familiares Hein von Foerster, biofísico austriaco llegado a los Estados Unidos durante la segunda guerra mundial, desarrolla una teoría acerca del conocimiento, resaltando el papel del observador a la que denomina “cibernética de segundo orden” o cibernética de los sistemas observantes, en la cual también hace énfasis en la participación del observador en la construcción de la realidad, propone una cibernética de la autorreflexividad en la que el centro de interés es precisamente el observador mismo, quien con sus prejuicios, teorías y sensibilidad construye y describe la “realidad” observada (Von Foerster 1982, citado en Bertrando y Toffanetti, 2004).

2.3.1 Constructivismo

El constructivismo es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden (Neimeyer, 1996). De acuerdo a Mahoney (1988, citado en Neimeyer, 1998), los orígenes filosóficos del constructivismo se pueden remontar al menos a Giambattista Vico, Immanuel Kant y Hans Vaihinger, en donde todos enfatizaron el carácter proactivo, modelador y ficticio del ser humano y su papel a la hora de configurar las “realidades” a las que respondemos.

Mientras que las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en psicología incluyen la epistemología genética de Piaget (1926), el análisis constructivista de la memoria humana de Bartlett (1932), el tratado sobre la naturaleza constructiva del sistema nervioso humano de Hayek (1952), la psicología de los constructos personales de Kelly (1955) y la metateoría motriz de la mente de Weimer (1977), (citados en Lyddon, 1998, p. 89).

El constructivismo como cualquier otra corriente de pensamiento, ha sido una reacción a los contornos más amplios del paisaje intelectual que le rodean. En

este caso afirma Neimeyer (1996), ha estado moldeado por la influencia del posmodernismo, admitiendo la multiplicidad de sistemas de creencias, en oposición a las verdades eternas.

A diferencia del modernismo, en donde estaba la creencia de un mundo cognoscible, y por tanto, un sí mismo cognoscible, en el proyecto posmodernista ha desaparecido la fe en un universo objetivo y con ello la esperanza de producir una ciencia humana verdadera que refleje la realidad psicológica sin distorsiones. En su lugar hay un esplendor de perspectivas que incluye el reconocimiento de realidades divergentes, constituidas socialmente, que se oponen a una comprensión adecuada y en términos objetivistas.

Se puede decir que este movimiento surge en forma paralela y se influye mutuamente con el movimiento de la cibernética de segundo orden, en la década de los 80's; después de la muerte de Bateson, los terapeutas familiares buscan un sustituto y Karl Tomm descubre el trabajo realizado por el neurobiólogo chileno Humberto Maturana, en el año de 1959. En esa época él empieza a construir su teoría, que de acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2004), retoma los conceptos básicos de la cibernética, pero también empieza a incluir al observador como constructor de lo observado, "toda expresión es expresión de un observador".

Maturana en colaboración con Varela, un neurobiólogo chileno, en 1978 desarrollan el concepto de *autopoiesis* para referirse al proceso mediante el que interactúan las partes de un sistema hasta que producen la organización del mismo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Proponen que el sistema *autopoiético* es informativamente cerrado en cuanto al ambiente externo, extrapolando esta analogía al sistema nervioso, afirmando que éste es cerrado operacionalmente y no es posible distinguir las ilusiones de las percepciones, lo cual hace imposible defender la existencia de los objetos o las relaciones en forma independiente al observador. A partir de este planteamiento se hace evidente la falta de un punto de apoyo externo para decidir acerca de la verdad, por lo tanto, no se puede hacer otra cosa que no sea basarse en las múltiples realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso.

A partir de aquí surge un cambio epistemológico, la atención se desplaza del sistema observado al sistema del observador; del descubrir una realidad externa al inventar la realidad, de la llamada visión objetiva a la reflexividad y la

autorreferencia, en síntesis se puede decir que la premisa básica es que el observador forma parte de lo que está observando y en consecuencia el terapeuta forma parte del sistema en que ofrece la terapia.

En esta misma línea Hoffman (1996), menciona que los constructivistas promueven una imagen del sistema nervioso como una maquina cerrada y propone que las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno

Uno de los autores importantes dentro de la terapia familiar que incorporan estos principios es Watzlawick (1990), en el libro “La realidad inventada”.

2.3.1 Construccinismo Social

A finales de la década de los 80's y principio de los 90's, las metáforas bajo las cuales se había fundado la terapia familiar son cuestionadas y algunas sufren grades reformulaciones. Los terapeutas familiares más críticos se acercan a las teorías posmodernas y al construccionismo social.

Bertrando y Toffanetti (2004, p. 292), exponen en su obra, dos premisas fundamentales del posmodernismo en palabras de sus propios autores:

Según el creador del término, François Lyotard: (1979) “la posmodernidad es un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana”. La “condición posmoderna” es hija, sobre todo, del nuevo contexto tecnológico. [...] El continuo flujo de información y de modelos de vida proveniente de los medios de comunicación modifica la identidad, que tiende a hacerse más difusa, múltiple, fluctuante, desestructurada, privada de aquel centro fuerte característico de la época moderna (Rosenau, 1992).

Asimismo, Bertrando y Toffanetti (2004, p. 293), agregan:

El posmodernismo es una importante posición cultural a cuya evolución han contribuido diversas disciplinas; la filosofía (Lyotard, 1979; Vattimo y Rovatti, 1983), la psicología social (Gergen y Davis, 1985; Shotter, 1989), la crítica literaria (Barthes, 1977; Derrida, 1967, 1987), el movimiento feminista (Flax, 1990, Hare-Mustin y Maracek, 1988), la hermenéutica (Ricoeur, 1965, 1981; Gadamer, 1960) y la etnografía de (Geertz, 1973).

Ovejero (2004) por su parte, considera que dentro de los filósofos que han influido en el surgimiento del posmodernismo, se encuentra Nietzsche con su crítica a la objetividad de la ciencia propuesta por Kant. Asimismo, agrega que Einstein y su teoría de la relatividad, los descubrimientos del nivel subatómico a la mecánica cuántica de Max Planck, arrasan con la certidumbre y la determinación completa hasta entonces consideradas imprescindibles para la ciencia física. El principio de indeterminación de Heisenberg puso de relieve la situación insatisfactoria que imperaba en los confines de la ciencia. Aunado a esto los movimientos sociales posteriores a las detonaciones de las bombas atómicas durante la Segunda Guerra Mundial, fueron demoliendo la fe en la ciencia moderna.

Se puede decir que el posmodernismo es un desafío a las hipótesis sobre el conocimiento, sobre la sociedad y la cultura, pero también sobre la naturaleza del individuo y sobre el conocimiento de la verdad, en donde, se da un rechazo a las grandes meta-narraciones, a los sistemas globales que explican lo existente, extendiéndose a las teorías psicológicas y terapéuticas, como la psicología genética de Piaget y la misma teoría de sistemas.

No existe una verdad con valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez local dentro de la comunidad en la que son promulgadas.

Otra implicación importante es la importancia del análisis de los juegos de poder entre actores sociales. La pretensión de universalidad de un determinado sistema de pensamiento es interpretada por los posmodernos como una maniobra en juego de poder represivo. El pensamiento posmoderno es, por tanto, deconstructivo, busca distanciarse y se declara escéptico acerca de conceptos como verdad, conocimiento, poder, yo y lenguaje y entre sus antecesores figuran Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El poner en duda la búsqueda de explicaciones verdaderas y objetivas, llevó a cuestionar el *Self*, un concepto central en la psicología y la psicoterapia. El cual de acuerdo Goolishian y Anderson (1994), en los movimientos fenomenológico, introspectivo, psicodinámico y humanista, se da por sentado al sí mismo como una entidad abstracta, diferenciada y separada de las restantes construcciones psicológicas.

Los pensamientos posmodernos llevan a concebir al *Self* como narrador, como resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje.

Goolishian y Anderson (1988), conciben al ser humano, no como una máquina de procesamiento de información, sino como un ser generador de significados. Por lo tanto, las teorías de la terapia se desplazaron rápidamente hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los significados los crean y los experimentan los individuos que conversan.

Por lo tanto, para este paradigma epistemológico lo importante son los significados que se crean en la conversación, es decir en el proceso dialogístico, y el espacio terapéutico es entonces, un generador de nuevos significados que llevan al cliente a la construcción de un nuevo *Self*. Para White (2002), es engrosar las historias alternativas que subyacen al discurso dominante y que son en sí más enriquecedoras y menos limitantes.

Para Goolishian y Anderson (1994), es construir nuevos significados a través de una actitud de verdadera curiosidad y respeto por las creencias del cliente, llevándolo a construir una vida más plena y placentera.

Los representantes del construccionismo social, creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, por lo que el diálogo es el medio de construir realidades consensuadas.

Gergen (1992), menciona que al ingresar en la era posmoderna, todas las concepciones anteriores sobre el yo corren peligro, ha sido puesto en tela de juicio el concepto mismo de la esencia personal. Se ha desmantelado el yo como poseedor de características reales identificables como la racionalidad, la emoción, la inspiración y la voluntad. El posmodernismo se caracteriza por una pluralidad de voces que rivalizan por el derecho a la existencia, que compiten entre sí para ser aceptadas como expresión legítima de lo verdadero y de lo bueno. Asimismo afirma que en las condiciones vigentes en el posmodernismo, las personas existen en un estado de construcción y reconstrucción permanente, en un mundo en donde todo lo que puede ser negociado vale.

Muchos científicos sociales empezaron a explorar las consecuencias de definir el *Self* como narrador, como resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje. El *Self* en una perspectiva

posmoderna, puede considerarse una expresión de la capacidad para el lenguaje y la narración. Esta concepción narrativa se funda en gran medida en la observación de que la actividad humana que se lleva a cabo de forma ineludible, en público y privado, despiertos y dormidos es la del lenguaje, y el lenguaje crea significados por lo tanto, implica narrar historias.

Para la visión narrativa, la terapia es un proceso conversacional. La comprensión que pueda tenerse del cambio no es sino la transformación de la historia y del presente por medio del diálogo y el relato de nuevas historias.

2.3 Escuelas de terapia familiar

2.3.1 Modelo de Mental Research Institute (MRI)

Antecedentes

Don Jackson funda en 1959 el *MRI*, una pequeña asociación privada con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar, el grupo inicial estaba compuesto por, Jules Riskin investigador y Virginia Satir terapeuta familiar. En 1961 se incorpora Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland (Wittezaele y García, 1994).

Dada la influencia funcionalista de Jackson, en un inicio el trabajo terapéutico se centra primordialmente en tratar de entender en qué contexto podría adquirir el comportamiento desviado un sentido razonable para el observador externo. Para esto se apoyan en la teoría de la comunicación; en las ideas de doble vínculo, la homeostasis y las reglas familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Así el grupo de MRI de acuerdo a Fisch, Weakland y Segal (1994), se centra principalmente en la comunicación y la interacción dentro de la familia, haciendo énfasis sobre la conducta real que tiene lugar de forma observable en el presente, más que centrarse en el pasado o en el individuo.

Dicho cambio es un indicativo de la epistemología general, pasando de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto a un punto de vista cibernético o sistémico, es decir, la comprensión y explicación de cualquier segmento de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo que comporta la utilización generalizada de retroalimentación de refuerzo recíproco.

Para el grupo de MRI, su mayor preocupación y su principal objetivo, es como producir un cambio de conducta en los sistemas humanos.

Su objetivo consistía en comprobar qué podía conseguirse durante un periodo de tiempo estrictamente limitado, un máximo de diez sesiones de una hora, concentrando la atención en el principal desarreglo actual, buscando cual era el cambio mínimo necesario para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar familias enteras.

Fisch et al. (1994), menciona que una de sus ideas fundamentales se refiere a la metáfora del mapa conceptual para entender y tratar la clase de problemas que se

les plantean a los terapeutas en su práctica cotidiana, y que como cualquier mapa constituye básicamente una herramienta que ayuda a alguien a dirigirse de uno a otro sitio. Por lo que concluyen que sólo están hablando de opiniones, no de la realidad ni de la verdad y algunas opiniones quizás resulten más útiles o efectivas que otras para lograr la finalidad elegida, pero que este es un criterio pragmático, no un criterio de realidad.

Teoría

- Para el grupo de MRI es importante hacer una identificación clara de la conducta problemática; es decir, en qué aspectos es considerada como problema y por quién.
- Resaltar el funcionamiento y la persistencia de la conducta problemática, dado que la conducta no existe independientemente y por su cuenta; ésta es constituida por actos que lleva a cabo una persona.
- Para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetitivo. Toda conducta resulta configurada y conservada de manera continua, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema social del individuo que manifiesta aquella conducta. Es decir la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción. Por tal motivo se debe conceder gran importancia al contexto formado por otras conductas, dentro del cual acontece la conducta que se ha identificado como constituyente del problema, dado que la interacción es básicamente circular.
- En las soluciones ensayadas por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o la exacerbación del problema. Ellos resumen diciendo que los problemas comienzan con alguna dificultad de la vida cotidiana, vinculada con alguna de las transiciones que se experimentan periódicamente en el transcurso de la existencia.
- Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones: 1) Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad

y 2) que cuando no se solucione la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso convirtiéndose un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.

A diferencia de los modelos centrados en la patología como un déficit individual, o los modelos de terapia familiar que ponen énfasis en la homeostasis y en las ventajas interpersonales que se obtienen gracias a las conductas problemáticas, ellos consideran que las personas persisten en las mismas soluciones a sus problemas, por la inadvertencia de aquello que los mantiene vivos y a menudo lo hacen con las mejor de las intenciones.

Objetivo terapéutico

Para los miembros de la escuela de MRI, el objetivo no es solucionar todas las dificultades, sino iniciar un proceso de inversión.

De acuerdo a Keeney (1985), la meta de la terapia no consiste en modificar la conducta problema, ni la conducta solución; la meta es alterar una pauta de interacción. Es decir, lo que se aborda es la relación recursiva entre problemas y soluciones intentadas. Esa relación recursiva es una pauta de interacción.

Posición del terapeuta

El modelo de MRI propone que la tarea del terapeuta no se reduce a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objeto de solucionar el problema (Fisch et al. 1994). Debe de transformarse en agente activo de cambio, debe de considerar en que podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones, y dar pasos que estimulen dichos cambios.

Preguntas de intervención

Keeney (1985), menciona tres pasos iniciales de la terapia breve de MRI: 1) Identificar el problema, 2) la historia de las soluciones que para él se intentaron y 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y sus soluciones.

El mismo autor propone que en términos cibernéticos, las soluciones intentadas y los problemas se conectan por una relación de retroalimentación en la que entre más se intenta resolver el problema, más se le mantiene. Los problemas y las soluciones manifiestan una relación de complementariedad. Entonces en una situación problemática, mientras más se intenta modificar un problema ensayando toda clase de soluciones, más se le estabiliza.

Utilizando esta explicación cibernética, la tarea del terapeuta queda definida como individualizar el marco cognitivo que los clientes aportan y utilizarlo para reorganizar el modo en que ellos mismos se organizan.

Modificar la clase de solución demanda abordar el marco de referencia cognitivo del cliente, de acuerdo a Fisch et al. (1994), el reenmarcamiento tiene que mover el problema del marco "síntoma" y situarlo en un plano diferente, que no contenga la connotación de inmutabilidad. Y es necesario que este sea similar con la manera de pensar y de categorizar la realidad propia de la persona. Agregan que la connotación de un marco de referencia no necesariamente tiene que ser positiva, no obstante, tiene que cambiar en el sentido de procurar una diferencia capaz de transformar la situación.

Al comienzo de una terapia del MRI, se consideran los problemas y las soluciones intentadas, y se les especifica en función de conducta.

Las preguntas iniciales sirven para obtener información diagnóstica, cuando el terapeuta ha obtenido suficiente, diseña la estrategia de tratamiento.

A continuación se retomará un caso atendido por J. Weakland, descrito en Fisch et al. (1994), con el fin de observar el tipo de preguntas que utilizan y la estructura de las mismas. El caso completo demandó dos sesiones. El paciente individualizado era un hombre soltero de 35 años, que refería dificultades para tocar violín en público:

T.: ¿Podría usted decirme, como si empezara por el principio ahora, que problema lo tiene a usted preocupado, y lo ha traído a usted aquí?

T.: Cuando usted dice que ejecuta deficientemente ¿se refiere a tocar en público?

T.: Y cuando toca para usted mismo o da lecciones ¿cómo son las cosas?

T.: Cuando usted dice que aunque toque para una persona o dos ¿en esencia eso basta para que se trate de tocar en público?

T.: ¿Es ser observado lo que a usted le preocupa, o recibe efectivas críticas cuando toca mal?

T.: ¿La observación de quien le preocuparía más?

En este orden de preguntas el terapeuta intenta discernir tantas diferencias como sea posible con respecto a la definición del problema por parte del paciente, en este caso las categorías que utiliza para establecer las diferencias se basan en los extremos de las situaciones que impiden que logre su objetivo; ejecución en privado por oposición a ejecución en público, público reducido a público numeroso, la intención en este tipo de preguntas es obtener una definición clara del problema.

Cuando se tiene definido el problema el siguiente paso consiste en investigar las soluciones intentadas.

T.: ¿Cómo ha intentado superar este problema hasta el día de hoy, usted por su cuenta o con la asistencia que pudo recibir de otras personas?

T.: ...ellos le decían “bueno empéñese y empéñese, y al cabo eso cambiará” pero no cambió. Puesto que lo ha enfrentado usted en el pasado reciente, ¿Qué estuvo intentando, como intento hacerlo?

T.: ¿Qué ha venido haciendo para tratar de enfrentar este problema? Y cuando yo se lo pregunte, usted respondió “bueno, me he puesto en tratamiento”. Muy bien, ¿Qué ha venido sucediendo en él, y como ha resultado?

T.: ¿Amigos u otros instrumentistas le dan consejos o intentan ayudarlo de alguna manera?

Asimismo, a medida que el terapeuta descubre las soluciones intentadas, se construye un marco político de referencia, es decir, se va definiendo quién hizo que, en el intento de solucionar el problema. Keeney (1985), define el campo

político de referencia como el modo en que se organiza la comunicación humana en un contexto social.

T.: ¿Quién se desilusiono más cuando usted abandonó eso (carrera en arquitectura)?

T.: Aja. ¿Entonces sus padres viven? y ¿Dónde viven?

T.: ¿Qué tan frecuentes son sus contactos con ellos?

T.: Eso es, entonces ellos se hallan bastante al corriente de cómo le van las cosas en todo este problema ¿No?

T.: Sé que vive usted con un compañero de habitación, ¿El presta atención a su problema?

El grupo de MRI de igual forma, resalta la importancia de conocer el marco semántico o de significados de referencia del paciente, lo cual, puede ser a través de cuestionar los motivos que lo llevan a perseverar en los intentos de solución.

T.: Tengo una curiosidad, si fue tan pésimo hace tanto tiempo ¿Cómo es que usted volvió sobre ello?

Asimismo, con el fin de seguir obteniendo información del campo semántico, se hacen preguntas que indagan las consecuencias negativas de resolver el problema, con el fin de construir el punto de vista según el cual, consecuencias negativas se asocian a la solución del problema.

T.: ¿Cuánto tiempo ha dedicado a meditar en las potenciales y probables desventajas que traería la superación del problema?

T.: Muy Bien ¿ha meditado en alguna otra desventaja?

T.: ¿Cómo cree usted que la superación de este problema podría llegar a afectar la relación con sus padres?

El grupo de MRI, recurre al reenmarcamiento para poder llevar al paciente a considerar las desventajas de un cambio, tomando en cuenta que cuando se desea un cambio generalmente se esta observando hacia los aspectos positivos de dicho cambio, sin embargo, regularmente no se contemplan los aspectos

negativos de la solución del problema, un argumento que utilizan es que generalmente cuando se ha instalado un problema, éste generalmente lleva ya algún tiempo, y los contextos a su alrededor se han acomodado, sin embargo, ante una modificación no sabemos que cosas podrían surgir.

Una de las estrategias básicas del MRI, es construir adrede lo que se teme hacer espontáneamente, ya que es una manera de desarticular la interacción entre problema y solución.

El cambio supone bloquear el hábito del paciente de ensayar con más ahínco para tocar logradamente, mientras que la estabilidad va implícita en la prescripción de producir el problema.

T.: ¿Sabe usted cómo tocar mal?

Para completar el aspecto final de un contrato de terapia de MRI; se especifica la meta de tratamiento del paciente.

T.: ¿Qué sería para usted una mejoría significativa pero mínima?

T.: ¿Qué cosa si sucediera, lo llevaría a decir “bien, no he salido todavía del bosque pero he dado sin duda un primer paso”?

T.: ¿Puede usted indicar algo que fuera una especie de signo visible? ¿o de signo audible? ¿qué suceso observable sería índice o criterio de que se ha dado un primer paso, significativo, aunque pequeño quizá?

Para construir una terapia del MRI de acuerdo a Keeney (1985), es preciso prescindir del intento de comprender primero la situación. Es preciso ceñirse al empleo de la idea teórica simple de interacción-problema-solución para organizar un intento de aliviar los problemas-queja.

2.3.2 Modelo estructural

Antecedentes

Entre 1970 y 1980 Edgar Auerswald y Salvador Minuchin trabajaron conjuntamente en la costa oeste del sur de Estados Unidos, ellos se interesaron por trabajar con las familias de escasos recursos y menores infractores, desarrollando los conceptos teóricos del modelo estructural. Salvador Minuchin fue supervisado en sus inicios como terapeuta familiar por Nathan Ackerman, quien influye en forma decisiva en su estilo de conducción de las sesiones, en donde se caracteriza por su modo de desestabilizar a la familia, para después recuperar la empatía y relación con esta (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Teoría

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de estructura, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia que reflejan los patrones de interacción en un momento dado (Minuchin, 1977).

De acuerdo a Hoffman (1987), el marco conceptual de Minuchin debe mucho a la teoría de los sistemas, se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético y en su mayor parte su lenguaje parece derivarse de la teoría de organización y la teoría de los roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorios, estructura y roles.

Se centra en los límites, que implican reglas de participación y jerarquías que impactan profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen las conductas denominadas sintomáticas.

Las variables que el terapeuta estructural evalúa son: 1) transición por el ciclo vital de la familia, 2) interacciones de la familia durante la entrevista, 3) las alianzas y coaliciones familiares, 4) distribución jerárquica del poder, 5) límites intra y extrafamiliares, 6) flexibilidad al cambio, 7) fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y 8) la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener las pautas transaccionales.

Objetivo terapéutico

Desde el punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a un modelo normativo de familia funcional, con límites, jerarquías y subsistemas bien definidos. Por tanto, el objetivo terapéutico del modelo estructural es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida familiar.

Posición del terapeuta

Para el modelo estructural la figura del terapeuta es un importante agente de cambio, por lo que su función es unirse a la familia con el fin de evaluar su dinámica interaccional y construir con la familia nuevas formas de interacción en un proceso de coparticipación.

En sus inicios, Minuchin (1977) ubica al terapeuta como ajeno al sistema, proponiendo que éste puede adoptar tres posiciones respecto al proceso terapéutico: 1) cercana, se convierte en una fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta el sufrimiento y la tensión familiar, 2) posición intermedia denominada “rastreo”, el terapeuta escucha de manera activa y neutral, y 3) una posición distante, en donde adopta una postura de neutralidad emocional. Se convierte en observador de la cosmovisión familiar y el modo en que cada persona encuadra su experiencia.

Preguntas de intervención

Las principales técnicas terapéuticas dentro del modelo estructural consisten en desarrollar intervenciones directas, prescripciones o paradojas. Las preguntas dentro de este modelo suelen plantearse con un objetivo bien definido, pues la intención es provocar un cambio en las interacciones familiares.

De acuerdo a esta perspectiva teórica Minuchin (1981), planteó tres principales estrategias de la escuela estructural: 1) cuestionamiento del síntoma, 2) cuestionamiento de la estructura familiar y 3) cuestionamiento de la realidad familiar.

Para ejemplificar las intervenciones de este modelo, se retomará un caso hipotético, en donde los padres –profesores de secundaria- no logran ponerse de

acuerdo en la educación de Carlos su hijo. El padre considera que debe de elevar sus calificaciones y tener mayor cooperación en los quehaceres del hogar, por lo que continuamente se la pasa discutiendo con él, asimismo, piensa que debe de volverse más responsable pues se acerca la elección de carrera profesional y no lo ve interesado en continuar con sus estudios. Por su parte la madre está de acuerdo con su rendimiento escolar y su participación en el hogar. Carlos de 15 años, cursa el tercer de grado de secundaria y cree que sus calificaciones son adecuadas –la máxima es de ocho y no tiene asignaturas reprobadas-, sin embargo, él sólo desea que su padre deje de vigilarlo.

Questionamiento del síntoma

El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Entonces la tarea terapéutica es convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar, para ello utiliza las técnicas de escenificación, enfoque e intensidad.

- ☞ **Escenificación.** Es la técnica en la cual el terapeuta pide a la familia que actué en su presencia, con el fin de construir una secuencia interpersonal en la sesión, poniendo en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Así se tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables.

T.: De pronto veo una familia con ganas de buscar lo mejor para cada uno de sus miembros, pero no me queda claro cómo es que ustedes (a los padres) se ponen de acuerdo con respecto a lo que es un buen rendimiento académico de Carlos; ¿Podrían platicar entre ustedes, en este momento acerca de eso?

- ☞ **Enfoque.** El terapeuta de una escena familiar decidirá qué desea destacar, seleccionará y organizara los datos dentro de un esquema que les confiera sentido.

T.: He observado en la familia una forma particular de cooperación, cada uno de ustedes desempeña sus funciones lo mejor posible, tratando de no causar aun mayor problema, ¿Carlos qué haces para no reprobar alguna materia a pesar de tener que preocuparte de otros asuntos; como el tratar de que tu papá no se moleste contigo, o no causar mayores gastos en la familia?

- ☉ **Intensidad.** Los miembros de la familia pueden presentar una sensibilidad auditiva discriminatoria, con campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Por ello, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, es decir debe imponer el reconocimiento de una diferencia.

T.: Me llama la atención que ambos (padre y madre) tengan diferencias en lo que sería un adecuado rendimiento de su hijo, ¿podrían ponerse de acuerdo? (La intervención consiste en mantener centrada la atención sobre la dificultad del holón parental en lograr acuerdos sobre el rendimiento escolar de Carlos, mediante la insistencia de llegar a un arreglo).

Cuestionamiento de la estructura familiar

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de los diferentes hólones familiares. Pone de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos.

En ocasiones cuando los miembros de las familias tienen una excesiva pertenencia pueden presentar dificultad para desarrollarse como hólones diferenciados, o por el contrario cuando existe una gran distancia física y psicológica entre los miembros, la familia no proporciona el medio de cuidado y protección para un desarrollo estable.

La labor del terapeuta será delinear las fronteras de los hólones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y al crecimiento.

Minuchin enumera tres técnicas para cuestionar la estructura del holón dentro de las familias: 1) fijación de fronteras, 2) desequilibramiento y 3) complementariedad.

- ⇒ **Fronteras.** Las técnicas de fijación de fronteras regulan la permeabilidad de los límites que separan a los hólones entre sí. Minuchin plantea un concepto rector; participar en el contexto específico de un holón requiere respuestas específicas para ese contexto.

T.: Si tu madre y tu padre te ayudan a elegir y se preocupan por ti, nunca tendrás la necesidad de hacerlo por ti mismo

- ⇒ **Desequilibramiento.** En el desequilibramiento la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un sistema. El ingreso del terapeuta al sistema modifica la estructura de poder de la familia. El terapeuta tendrá que utilizarse a sí mismo, como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder, puede entrar en coparticipación y apoyar a un individuo o a un subsistema a expensas de los demás.

El terapeuta puede unirse al adolescente y decir:

T.: Eres una persona preocupada por tus padres, estas al pendiente de cumplir a tu ritmo con las obligaciones escolares, sin embargo, me pregunto ¿hasta cuando esto te permitirá tomar tus propias decisiones?

- ⇒ **Complementariedad.** Se cuestiona la idea integral de jerarquía entre los miembros de la familia. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de forma que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo. Cobrarán relieve entonces las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente.

El terapeuta puede referirse a los padres y decir:

T.: Me pregunto ¿Quién estará contribuyendo a la conducta de Carlos?, Carlos ¿Quién de la familia te ayuda a no tomar decisiones por tu cuenta?

Cuestionamiento de la realidad familiar

Minuchin hace énfasis en que las familias no sólo tienen estructura, sino también un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Por tanto, las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada, y para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido de un cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar. El mismo autor plantea tres técnicas para cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura; el empleo de constructos cognitivos, el uso de paradojas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

- ☉ **Constructos cognitivos.** El objetivo es siempre convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, a una visión de la realidad más flexible y plural, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.

T.: Todo el mundo sabe que la elección de los estudios universitarios es un proceso difícil y que requiere tiempo decidir en qué se quiere invertir un buen tiempo de la vida.

- ☉ **Paradojas.** El empleo de las paradojas se basa en tres supuestos: la familia es un sistema autorregulador; el síntoma es un mecanismo de autorregulación y por último, el concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores. Es paradójica la intervención que, obedecida, tendrá por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligado a retroceder.

T.: Veo en el padre un inmenso amor hacia su esposa e hijo, que lo expresa en el deseo de querer lo mejor para ellos, por lo que es necesario que Carlos no tome decisiones, para que pueda permitirle a su padre

expresar su amor. No me imagino que haría en este momento si Carlos no estuviera, por lo que considero que por lo pronto no debe haber ningún cambio.

- ⇒ **Lados fuertes de la familia.** Cada familia posee en su propia cultura elementos que si se les comprende y se les utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.

T.: El Creo que es una familia que tiene grandes deseos de sobresalir y ser mejor, usted papá trabaja largas jornadas, sacrificando el estar con la familia, usted mamá busca alternativas para traer recursos económicos al hogar y tu Carlos a pesar de no alcanzar la excelencia te preocupas por pasar tus materias, por lo que estoy convencido que tienen grandes deseos de salir adelante.

2.3.3 Modelo estratégico

Antecedentes

De acuerdo a Hoffman (1987), Haley es una figura de transición entre la posición estratégica de MRI y el modelo estructural. Haley tuvo una gran influencia estratégica de Milton Erickson intentando crear un modelo de terapia basado en técnicas hipnóticas. Posteriormente cuando decide unirse a Minuchin en Filadelfia desarrolla su propia labor clínica, construyendo un distinto universo conceptual, pasando de utilizar técnicas hipnóticas y directivas paradójicas a un modelo de terapia más organizacional.

Keeney (1985), menciona que las diferencias entre Minuchin y Haley provienen en que el primero prefiere descripciones sociológicas para articular su labor, mientras que las descripciones de Haley provienen más de las ideas de la teoría de la comunicación y la cibernética. Sin embargo, ambos han contribuido a la comprensión y organización de las terapias sistémicas en función de relaciones sociales triádicas.

Teoría

Haley retoma del movimiento de terapia familiar, la idea de considerar al síntoma como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubica, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas derivadas del pasado.

Para Haley (1988), un problema puede definirse en diferentes unidades sociales, es decir, como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; él define las coaliciones como la unión de dos personas contra un tercero. Asimismo, la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso, con niveles conflictivos de comunicación, generando una lucha por el poder entre sus miembros. De igual forma, la organización del sistema se convierte en patológica si las coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos son secretas, dado que los implicados mantienen una jerarquía incongruente con sus conductas.

Para los representantes de este modelo, las pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas están directamente relacionadas a las crisis de transición en el curso evolutivo de la familia.

Por ende, el modelo estratégico, centra la atención en tomar conciencia de la forma de comunicación en el presente, su propósito es involucrar a los integrantes de la familia, lograr acuerdos, generar sentimientos positivos, organizar a la familia y establecer objetivos personales. El objetivo más simple para Haley (1988), es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales.

Este argumento manifiesta el eje organizacional de la terapia estratégica basada en la organización recursiva de las relaciones triádicas.

Siguiendo este razonamiento, los problemas se utilizan para modificar las secuencias que les hacen contorno, con el fin de alterar las pautas de coalición de los que participan en la secuencias. Y de acuerdo a la organización cibernética de la terapia, se utiliza el problema y las metas establecidas en el contrato para evaluar y redireccionar la acción del terapeuta y del cliente. Por lo que propone que la terapia se puede estructurar en etapas en que se van elaborando problemas diferentes.

Objetivo terapéutico

Haley (1986), considera que uno de los principales objetivos del tratamiento es ayudar a las familias a superar las crisis en el devenir del ciclo vital de la familia.

A Haley le interesan aquellas secuencias sociales que presentan organización recursiva, con mecanismos de retroalimentación, por lo que la tarea del terapeuta familiar consiste en individualizar ciclos recursivos problemáticos y abordarlos por medio de intervenciones. (Keeney, 1985).

Posición del terapeuta

Haley (1986), considera que en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones alcanzables, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Preguntas de intervenciones

La terapia de Haley comienza centrándose sobre el problema que se ha de tratar, el cual considera conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo. Para Haley los problemas serán utilizados como palancas para modificar las relaciones familiares.

Las estrategias terapéuticas de Haley, están basadas en intervenciones que él llama directivas y que llevan el objetivo de provocar a los miembros de la familia, para que actúen y poder observar cómo operan, con el fin de conocer el estado actual de la organización familiar.

Uno de los objetivos iniciales es conocer la forma en que un sistema social bloquea los intentos de producir un cambio, con el fin de saber como abordar y utilizar la resistencia.

De acuerdo a Haley, diseñar directivas dentro de este enfoque, sea en la forma de analogías o de tareas, supone no sólo abordar el problema-queja, sino la secuencia que da contexto al problema, así como las pautas de coalición que lo ponen en escena. La tarea óptima para este autor es la que utiliza el problema presentado para producir un cambio estructural en la familia.

Keeney (1985), menciona que la estrategia de Haley para la construcción de terapias nace de dos perspectivas diferentes pero afines; en primer lugar parte de una concepción estructural, en que toda acción problemática está inserta en relaciones sociales triádicas y por otra parte del empleo de la misma conducta sintomática para erradicarla.

Cabe mencionar que debido a las concepciones teóricas del modelo estructural no se observa un desarrollo de las preguntas como medio de intervención, por el contrario el uso de directivas y tareas caracteriza la forma de intervención.

Para ejemplificar la forma de intervención y los postulados teóricos del modelo estratégico, se retoma un caso atendido por John Lester, quien estudiaba en la clínica de Filadelfia, bajo la supervisión de Jay Haley bajo el modelo estratégico, citado en Keeney (1985).

La familia que acudió a tratamiento incluía a la madre, una hija de veinte años y sus dos hijos pequeños, y George de diez años. La familia demandó terapia a causa de un problema de masturbación del chico de diez años, que lo tenía desde los cinco. Se masturbaba en la escuela y en la sala en presencia de miembros de la familia.

Se presenta a la primera sesión la madre con el chico identificado con la conducta problemática y un nieto de la señora, posterior a la exposición del motivo de consulta, el terapeuta inicia el cuestionamiento sobre las posibles consecuencias de la desaparición del síntoma:

T- Quiero saber si usted es capaz de soportarlo (la desaparición del síntoma). Quiero decir que quedará sin ocupación en esto. Quedará librada de lo que haga usted cuando él empieza a chuparse el dedo y a masturbarse ¿no? Sabe usted, eso no ocurrirá nunca más, y usted ya no podrá hacer esas cosas nunca más ¿Qué hará entonces con usted misma?

En esta intervención se evalúa la estabilidad indicando las posibles consecuencias negativas que la solución del problema traería.

T- ...en la medida en que se volvería sabe usted, nada más que un muchacho normal. Será difícil convivir.

T- Pero después de todo (señala al pequeño que tiene en su regazo) todavía le queda el nieto para que ocupe su lugar.

El terapeuta acaba de abordar la contribución social positiva que el problema del niño hace a la familia. En donde procura a la madre alguien con quien estar muy unida, con esta intervención el terapeuta concurre a la estabilidad familiar.

Más adelante el terapeuta conversa sólo con el niño

T- ¿Conoces un lugar de tu casa al que puedas ir y masturbarte enteramente solo?

Esta última intervención lleva la intención de conocer la posibilidad de alterar la organización política del hábito masturbatorio del niño.

T- ¿Conoces un lugar donde no te vea nadie?

T- ¿Vas ahí algunas veces y te masturbas ahí algunas veces cuando no quieres que te molesten?

T- ¿Sabes contar realmente bien?

T- Muy bien lo quiero ver. (Toma papel y pluma). Quiero que hagas algo para mí. Eso es. Pero primero que nada quiero que sepas bien una cosa. Esto es estrictamente entre tú y yo. ¿Estamos?

T-Ahora me tienes que prometer algo ¿Puedo confiar en ti?

Más adelante

T.: El próximo viernes será 17, ¿no es así?

T.: Será el último de los días en que tienes que hacer marcas, ¿estamos?

T.: Ahora explícame tú lo que quiero que hagas

T.: Y día por día ¿estamos? Cada vez que te masturbes

T.: ¿Y qué más? ¿Recuerdas que tienes que hacer?

T.: Muy bien. No dejes que nadie te vea, ¿has oído? No digas nada a nadie sobre nuestro acuerdo, ¿estamos?

De acuerdo a Keeney (1985), la intervención del terapeuta se concentra en formar un vínculo privado con el muchacho como manera de diferenciarlo de la madre. Además reparamos en que su síntoma le es prescrito al tiempo que es alterado levemente el contexto en que se produce por el recurso de hacerle llevar la cuenta de las veces en que se masturba. Los motivos aducidos para la tarea incluyen una implícita demostración de “confianza” entre el niño y su terapeuta.

A continuación se exponen algunos tipos de preguntas e intervenciones directivas que realiza el terapeuta, con el fin de introducir un cambio en la conducta sintomática. Se retoma el caso de George, en donde se manifiesta la masturbación como síntoma.

T.: Te gusto más el domingo, ¿no? La razón por la cual te pregunto, George.... sabes que me gusta siempre explicar las cosas, ¿estamos?.... quiero que conozcas la razón de todo... tu sabes, la razón por la que te pregunto esto, bueno, es importante que los disfrutes todas las veces, ¿sabes?

T.: Fíjate aquí, esta vez en que lo hiciste el sábado, y no disfrutaste. Te das cuenta de que estas desperdiciando tu tiempo. Podrías haber tenido... hecho alguna otra cosa ¿sabes? No creo que te convenga. ¿Entiendes?

T.: Lo tienes que hacer un poco más. ¿sí? Tienes que hacerlo un poco más porque lo disfrutarás más. No tendría sentido hacerlo el resto de los días si no lo disfrutas nada ¿estamos?

2.3.4 Modelo de la Escuela de Milán

Antecedentes

El modelo de Milán fue desarrollado en el *Centro per lo studio della famiglia* en Milán, Tomm (1984), divide el desarrollo histórico de esta escuela en cuatro periodos:

El primer periodo se puede situar en 1967, Mara Selvini Palazzoli invita a Luigi Boscolo a unírsele en Milán para trabajar con familias y parejas. Selvini había estudiado y practicado el psicoanálisis con pacientes que habían presentado

anorexia nerviosa y Boscolo acababa de terminar su entrenamiento psiquiátrico y analítico en Nueva York. Durante el periodo entre 1967 y 1971 integran a Severino Rusconi, Simona Tacconi, Gabriele Chistoni, Paolo Ferraresi, Giuliana Prata, y Giafranco Cecchin.

El segundo periodo comenzó en 1971, cuando abandonan el modelo psicoanalítico e incorporan en su práctica los conceptos del Modelo de Palo Alto del *Mental Research Institute (MRI)*, lo cual generó que el equipo se dividiera, continuando con estas ideas Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata. Durante este periodo sus intervenciones se basaban en la homeostasis familiar y la identificación de patrones de interacción repetitivos y redundantes.

El tercer periodo comenzó alrededor de 1975, cuando tuvieron contacto con la obra *Steps to an Ecology of Mind* de Bateson que se publica en 1972, la cual influyó fuertemente su pensamiento, comenzaron a ver sistemas predominantemente como cambiantes más que como homeostáticos, concibieron que la familia sólo parecía estar estancada, sin embargo, siempre estaba cambiando. Fue durante este periodo que Boscolo y Cecchin comenzaron sus actividades de entrenamiento con estudiantes, esto les permitió observar como estos, estaban más interesados en entender su comportamiento como terapeutas, que en la familia como sistema. Comenzaron a observarse observando a la familia, por lo tanto, comenzaron a desarrollar una perspectiva cibernética de segundo orden del proceso terapéutico.

El cuarto y último periodo comenzó cuando el equipo de cuatro se separó. Desde 1980, Boscolo y Cecchin continuaron desarrollando nuevos métodos de entrenamiento, mientras que Selvini y Prata continuaron desarrollando una investigación, la cual se orientó en conocer los efectos de una sola intervención sustentada, la llamada prescripción “invariante” o “universal”.

Teoría

El equipo de Milán tiende a llamar su aproximación como sistémica, retoma conceptos de las teorías de sistemas, la teoría cibernética y la teoría de la información. Sin embargo, desarrolla su propio estilo durante la tercera etapa, siguiendo las ideas de Bateson (1972), sobre sistemas más que las de Von

Bertalanffy (1968). Las premisas de este periodo se pueden resumir en las siguientes:

- ⇒ Retoman el concepto de la “Mente es social” de Bateson (1972), en donde el fenómeno mental es asumido para reflejar los fenómenos sociales, para ellos los “problemas mentales” pueden ser observados como problemas en patrones de interacción social. Es decir el significado mental de cualquier comportamiento o evento puede ser derivado de su contexto social.
- ⇒ Consideran que para el terapeuta es más útil una epistemología circular (cibernética) que una epistemología lineal (causa y efecto). La epistemología circular orienta al observador a enfocarse en la recursividad de la interacción entre partes del sistema y a hipotetizar acerca de patrones. La intención de entender los eventos mentales como un proceso circular, es un intento deliberado para sintetizar las conexiones de comportamientos en mayores patrones holísticos, las fracciones son recombinadas en una completa totalidad o todo circular. Así, cuando el evento es observado, se puede percibir como una situación en la cual los participantes son “atrapados” en un patrón recursivo, por lo tanto se convierte más en una situación desafortunada, que en una situación que amerite ser condenada. Dando como resultado una actitud diferente en el terapeuta, manteniendo una epistemología circular, siendo menos moralista, por lo tanto el terapeuta se vuelve más neutral, lo cual, le permite a la familia mayor libertad para explorar alternativas para el cambio.
- ⇒ Tienden a observar a los sistemas como cambiantes y en constante evolución. Esta premisa permite tener un acercamiento diferente, ya que una perspectiva evolutiva no puede ser directiva, en el sentido de decirles a los miembros de la familia como comportarse, ya que no se tiene una idea fija de como debe de ser una familia.
- ⇒ El equipo de Milán asume que los patrones familiares de comportamiento se desarrollan a través de ensayo y error. Si una cierta acción encaja en cierta ocasión y es “exitosa”, tiende a ser repetida en circunstancias

similares estableciéndose un patrón. Subsecuentemente los participantes en la situación pueden construir una “realidad social” para describir y explicar el patrón que ha evolucionado. Significados consensuales son asignados a comportamientos y eventos específicos y a los patrones que los conectan. Una vez creada esta realidad se convierte en el mapa que canaliza las acciones de los miembros de la familia a lo largo de patrones redundantes. Patrones interpersonales de acción influyen en las creencias de la familia y estas creencias influyen los patrones de acción.

- Asimismo, argumentan que a pesar del reflejo entre significado y acción, probablemente no haya un encaje perfecto entre los dos. Cuando el comportamiento refleja un proceso dinámico que varía continuamente, el mapa una vez esbozado es estático. Cuando los patrones de comportamiento continúan desarrollándose mientras que los mapas cognitivos asociados permanecen igual, la discrepancia entre ellos se vuelve más amplia. Las “viejas” creencias que canalizan comportamientos presentes a “viejos” patrones redundantes deja a la familia pareciendo “estancada” cuando su continua evolución del comportamiento los ha llevado a pasar el punto donde un mapa específico encaja. Sin embargo, el sistema nunca deja de evolucionar, más adelante los cambios en el comportamiento toman lugar alrededor del punto de aparente estancamiento para acomodarse a la creencia mientras la familia continua desarrollándose. Con creciente retención de mapas pasados sobre el tiempo, el grado de discrepancia distorsión y restricción crece hasta que el sistema gradualmente se vuelve sintomático.
- Milán a diferencia de los otros modelos que se centraban en el aquí y el ahora, retoma el concepto del tiempo como un factor importante que puede facilitar a la familia encontrar nuevos patrones de interacción. Ellos plantean, que el tiempo es un aspecto inherente en cada patrón de comportamiento, mencionan que incluso puede afirmarse que el tiempo es creado por el aspecto secuencial del comportamiento en los patrones, y por lo tanto, al alterar secuencias, uno cambia el tiempo. Alterando el tiempo

también se cambian patrones de comportamiento. Concluyen que las intervenciones dirigidas a ajustamientos de secuencia y sincronización provee un mecanismo para apuntar el cambio terapéutico.

- ⇒ Otro criterio que retoman de Bateson de la noción de “mente” es que la interacción entre partes de la mente está siempre disparada por la diferencia. Retoman el ejemplo de si un niño es descrito como agresivo, esto representa una diferencia con respecto a otros niños que son más pasivos, la diferencia yace en una relación circular implícita en la distinción entre agresividad y pasividad. Por tanto, tendemos a hacer afirmaciones lineales en vez de relaciones circulares. El equipo de Milán señala que nuestros hábitos lingüísticos tienden a orientarnos a pensar en términos lineales posesivos en vez de recíprocos circulares. Sin embargo, el equipo descubrió que si sustituimos el verbo “ser” por el verbo “mostrar” sería más fácil para ellos mantener una orientación relacional o circular al describir una parte del componente de un sistema más amplio.

Objetivo terapéutico

De acuerdo al equipo de Milán, si la familia ha desarrollado un patrón de creciente impedimento que incluye comportamiento sintomático, el terapeuta tratará de capacitar a la familia a encontrar un camino con mayor libertad para descubrir “soluciones” alternativas. El cambio terapéutico en familias puede acercarse a nivel de significado o nivel de acción. Para esto el terapeuta explora las diferencias y puntualiza conexiones relacionales en los comportamientos y creencias de los miembros de la familia, logrando introducir información adicional. Mucha de esta información esta implícita y solo es “nueva” en el sentido de que se convierte explícita a través de las preguntas formuladas. Toda esta nueva información puede ser usada por la familia para capacitarse para entretejer realidades alternativas para que pueda dejar mapas pasados. Para Milán el alterar el sistema de creencias de una familia, implica hacerlo más allá del nivel consciente, necesita ser un nivel más profundo, en el nivel de la epistemología de la familia, eso es, en los patrones familiares de percibir y conocer.

Posición del terapeuta

Dentro del marco epistemológico de Milán, en el proceso de entrevista dentro del sistema familia-terapeuta, el terapeuta sólo dispara la liberación de nueva “información”. De acuerdo al concepto de neutralidad, la meta del terapeuta es una meta-meta: es ayudar a la familia a encontrar su propia capacidad autocurativa y elaborar sus propias soluciones. La meta de la terapia de Milán es realzar la autonomía y libertad de la familia y no por el contrario restringirla. La intención de ofrecer cualquier intervención es realzar la propia habilidad de la familia para descubrir las soluciones no sintomáticas mientras continúan en su camino de evolución a través del ciclo vida.

Preguntas de intervención

Gradualmente las intervenciones fueron vistas como introductoras de nuevas conexiones o nuevas distinciones en pensamiento o acción, la información terapéutica introducida podía ser algo explícita, su objetivo era estimular a la familia para crearse nuevos patrones. En una conducta sintomática las acciones están ligadas a los significados, el terapeuta puede acercarse al cambio de un comportamiento a través de mapas explícitos o implícitos en la familia. Estos mapas individuales o colectivos pueden ser alterados “directamente” evocando o introduciendo nuevos significados o “indirectamente” prescribiendo nuevas acciones en un ritual. Es decir, dos categorías mayores de intervenciones empleadas son; enmarcando opiniones y prescribiendo rituales.

Sin embargo, en ésta tercera etapa, describieron tres principios básicos que guían al terapeuta al conducir la entrevista: hipotetizar, circularidad y neutralidad, estos conceptos fueron expuestos en su artículo; *“Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session”* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). El equipo planteó la posibilidad, de que si la entrevista es conducida de acuerdo a estos principios puede no haber necesidad de una intervención de fin de sesión formal, la liberación de información dentro del sistema a través de estos principios puede habilitarlo a cambiar por su cuenta.

Esta escuela proporciona gran importancia a las preguntas, Tomm (1988), se da a la tarea de ordenar y clasificar el interrogatorio desarrollado por este modelo, por

lo que para fines didácticos se retoman las cuatro categorías enunciadas por dicho autor, sin embargo, cabe mencionar que el modelo de Milán pone mayor énfasis en las preguntas circulares y reflexivas, pues estas responden a los principios de hipotetizar, circularidad y neutralidad.

- ⇒ **Preguntas lineales.** Sirven para orientar al terapeuta sobre la situación del cliente y se fundamentan en suposiciones lineales, sobre la naturaleza del fenómeno mental, la intención de estas preguntas es principalmente de investigación. Por ejemplo:

T.: ¿Qué problema los trajo a verme?

T.: ¿Quién está deprimido?

T.: ¿Qué le provoca una depresión tan grande?

T.: ¿Tiene dificultades para dormir?

T.: ¿Te sientes mal contigo por alguna razón?

En esta postura se incluye el hábito de pensar manteniendo la presuposición de que ciertas características, como la depresión son intrínsecas a la persona y no distinciones que se hacen sobre la persona.

- ⇒ **Preguntas circulares.** También sirven para orientar al terapeuta sobre la situación del cliente, pero se fundamentan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del fenómeno mental, la intención predominante de estas preguntas es exploratoria. Las preguntas se formulan con el fin de encontrar “los patrones que conectan” en circuitos recurrentes o cibernéticos a personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, sucesos, creencias, contextos, etc. Por ejemplo:

T.: ¿Cómo es que nos encontramos hoy reunidos?

T.: ¿Quién más se preocupa?

T.: ¿Quién cree usted que se preocupa más?

T.: ¿Qué haces cuando ella demuestra que está preocupada?

T.: ¿Quién ve que tu esposa es la que más se preocupa?

T.: ¿Usualmente qué hace tu padre cuando hablan él y tu madre?

Las preguntas circulares se caracterizan por una curiosidad general sobre la posible relación de los sucesos que se incluyen en el problema.

- **Preguntas estratégicas.** Se utilizan para influir sobre el cliente o la familia en forma específica, la intención de estas preguntas es correctiva, supone la posibilidad de una interacción que instruye. El terapeuta toma una actitud de maestro, instructor o juez. La directividad del terapeuta puede quedar encubierta porque la afirmación correctiva se hace en forma de pregunta, pero tiene el contenido, el contexto, la oportunidad y el tono de una afirmación. Por ejemplo:

T.: ¿Por qué no le platicas a él sobre tus problemas en lugar de a los muchachos?

T.: ¿Qué sucedería si la próxima semana todos los días a las 8:00 a.m. le sugiere que tome una responsabilidad?

T.: ¿No quieres esforzarte e intentar que él se levante?

T.: ¿Puede observar cómo su aislamiento desilusiona y frustra a su esposa?

En este tipo de interrogatorio se puede ver como el terapeuta impone su punto de vista a la familia sobre lo que debería de ser.

- **Preguntas Reflexivas.** Este tipo de de preguntas intentan influir sobre el cliente o la familia de una forma indirecta o general, se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. La intención de las preguntas es movilizar los recursos de la familia para solucionar los problemas. Una presuposición importante de estas preguntas es que el sistema terapéutico co-evoluciona y que el terapeuta dispara la actividad reflexiva sobre el sistema de creencias preexistente de la familia. El terapeuta dirige sus esfuerzos de interacción para abrir un espacio en el que la familia vea nuevas posibilidades y se desenvuelva más libremente según sus posibilidades.

Este tipo de preguntas se formulan para que la familia pueda reflejar las consecuencias de sus acciones y considere nuevas opciones. Por ejemplo:

T.: Si tú compartieras con él lo preocupada que estás y lo que te perturba, ¿Qué crees que pensaría o haría?

T.: Imaginemos que él esta resentido contigo por algo y que no te lo dice por temor a lastimarte ¿cómo lo podrías convencer de que eres lo suficientemente fuerte para aceptarlo?

T.: Si hubiera algún mal entendido entre ustedes ¿quién sería el primero en disculparse?

Tomm refiere que es importante señalar que la diferencia entre este tipo de preguntas y un cuestionamiento tradicional, no es su estructura sintáctica, ni su contenido semántico, sino las intenciones y suposiciones del terapeuta al preguntar.

2.3.5 Modelo Centrado en Soluciones

Antecedentes

De Shazer (1985) es el fundador de una nueva teoría y de una técnica denominada “terapia orientada a las soluciones”; el modelo deriva por filiación directa del modelo del MRI, pero lleva al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad.

Fue alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, trabajando un tiempo en el MRI, pero también tiene la influencia de Milton Erickson, descubriendo algo radicalmente diferente del trabajo preciso y geométrico del MRI: la idea de introducir voluntariamente la confusión, en vez de la claridad (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1982 en Milwaukee constituye el *Brief Family Therapy Center (BFTC)*, en donde reúne a Wally Gingerich metodólogo e investigador; Alez Molnar; un sociólogo con intereses antropológicos; e Insoo Kim Berg terapeuta. La idea fundamental de la terapia de De Shazer es que el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo.

Teoría

Berg y Miller (1996), mencionan que el Centro de Terapia Breve se ha caracterizado por aplicar la filosofía de ser cien por ciento pragmáticos, tratando de teorizar lo menos posible, sin embargo, reconocen la necesidad de poder diferenciar los principios que caracterizan al modelo centrado en soluciones; concientes de esta necesidad se dan a la tarea de dedicar un capítulo de su libro *Trabajando con el problema del alcohol*, a resumir los principios básicos que definen a este modelo, ellos describen ocho principios básicos:

- **Énfasis en la salud mental.** Este principio propone la importancia de centrar la atención en los éxitos de los pacientes al manejar sus problemas, se resaltan sus capacidades, recursos y habilidades y no sus carencias e incapacidades. Afirman que en vez de buscar lo que esta mal y tratar de arreglarlo, buscan lo que esta bien y tratan de descubrir cómo usarlo.
- **Utilización.** De Shazer (1985), propone que la clave de la terapia breve es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo. Retomando a Erickson el objetivo no es corregir una “inadaptación causal subyacente” sino que las dificultades neuróticas existentes, deben de ser sustituidas por otras que sean menos incapacitantes y con mayor ajuste a la realidad.
- **Una visión ateórica, no normativa, determinada por el paciente.** Este principio se refiere a no buscar la “verdadera” naturaleza de los problemas que el paciente refiere, en cambio centrarse en la molestia particular acerca de sus dificultades y tratar de buscar una solución específica para ese individuo.
- **Parquedad.** El modelo de soluciones que desarrolló de Shazer se caracteriza por preferir lo medios más simples y más cortos para llegar a un fin. Este modelo busca la economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los fines terapéuticos deseados.

Berg y Miller (1996), afirman que lo que se necesita para producir cambios espectaculares es hacer intervenciones mínimas, destinadas principalmente a movilizar al paciente en la dirección del cambio deseado.

- ⇒ **El cambio es inevitable.** De Shazer (1985), plantea que el método centrado en la solución se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar. Por lo que la terapia muchas veces tan sólo podría consistir en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y el utilizarlos para llegar a una solución, dado que en toda situación problemática hay momentos en que el problema no aparece o el paciente no lo considera un problema.

- ⇒ **Orientación hacia el presente y el futuro.** Este modelo tiende a centrarse en forma importante en el presente y en el futuro y no en el pasado, sin embargo, no quitan importancia a éste, ellos consideran que la información sobre su historia es el reflejo de cómo están viviendo el momento actual. Por eso en vez de sumergirse en el pasado, el foco de tratamiento está en ayudar a los pacientes en su ajuste presente y futuro. Cuando se cuestiona hacia el futuro se impulsa al paciente a imaginar un tiempo en el cual el problema ya no existe.

- ⇒ **Cooperación.** El modelo centrado en soluciones da demasiada importancia a una actitud general de cooperación; para ellos cooperar significa trabajar junto con el otro, entendiendo que en una relación terapéutica, no sólo el paciente debe de cooperar trabajando con el terapeuta, sino que éste también debe de trabajar con el paciente.
El modelo de soluciones concibe las conductas ansiosas, de incumplimiento con las directivas como la forma de cooperar del paciente, por lo tanto desde esta óptica no existen pacientes que se muestren poco cooperativos.

- ⇒ **Filosofía Central.** Para este modelo existen tres reglas básicas: 1) Si no esta roto no lo componga, 2) una vez que sepa qué es lo que funciona haga

más de lo mismo y 3) si eso no funciona, no vuelva a intentarlo, haga algo diferente

Retoman el marco propuesto por Kelly (1955), para la comprensión de la conducta humana, considerando que a las situaciones se les da sentido por medio de la aplicación de una variedad de “constructos” que constituyen el modo singular en que cada uno de nosotros traza distinciones y categoriza sus experiencias, lo cual incide en la forma en que prevemos los hechos futuros. Por lo tanto, los constructos existen primordialmente en el ojo del observador y no son considerados como entidades reales. Son interpretaciones de la realidad objetiva, y no reflejos de ella, y el lenguaje es el vehículo que permite representar la realidad, haciendo énfasis en que toda percepción personal es altamente selectiva e individual. De ahí que para ellos sea de suma importancia dentro de las sesiones, prestar especial atención al lenguaje del cliente, las frases y locuciones favoritas que cada cual utiliza para describir un problema, dado que esto representará una parte de la forma en que se ve el mundo. Ellos hacen énfasis en cuál es el tipo de predicado que utiliza cada miembro de la familia: visual, auditivo, kinestésico o cognitivo.

Objetivo terapéutico

El objetivo terapéutico, es que los clientes logren reconocer y ampliar los aspectos positivos que estos tienen en el área del problema, así como, fuera del mismo. Esto va a facilitar que identifiquen las cualidades y habilidades que se convierten en soluciones eficaces, logrando resaltar aquello que sí está funcionando y por lo tanto esta siendo satisfactorio en la vida del cliente. Es importante que ellos logren identificar las soluciones que ya existen de forma común en su vida y que puedan apropiarse de ellas a través de un acto volitivo.

Posición del terapeuta

Desde esta escuela se definen en colaboración con el cliente, las metas del proceso terapéutico en forma muy concreta, destacando los indicadores que permitan reconocer cuando éstas se han alcanzado. Por lo que el trabajo del terapeuta es ayudar al cliente a alcanzar sus objetivos.

El terapeuta es quien debe de seleccionar preguntas que sean útiles para encontrar soluciones a los problemas del paciente.

Preguntas de intervención

La escuela de soluciones considera la entrevista como una conversación terapéutica, en la que el terapeuta participa activamente en el proceso de definir cuál es el problema y cómo se le resolverá, por lo tanto, terapeuta y paciente se unen para formar una unidad terapéutica basada en la cooperación y la confianza mutuas.

Berg y Miller (1996), han clasificado cinco preguntas que son útiles para fomentar una conversación que lleva a soluciones.

- **Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión.** Uno de los principios en que se basan este tipo de preguntas, es que constantemente se producen cambios y estos son inevitables (Berg y Miller, 1996). Sin embargo, es difícil que los pacientes hablen por sí solos de estos cambios, por esta razón es fundamental que el terapeuta indague si estos se han producido. Otra de las ventajas de este tipo de preguntas, es que si el cliente reconoce que se han presentado algunos cambios, estos son generalmente en la dirección deseada por él mismo, y si el terapeuta lo ayuda a sentirse dueño de sus propias soluciones, es más probable que el paciente mantenga sus objetivos. Estos son algunos ejemplos:

T.: Según nuestra experiencia, muchas personas advierten que las cosas han mejorado entre el momento en que solicitaron la cita y el momento de asistir a la primera sesión, ¿Ha notado usted un cambio así?

T.: ¿Cómo le ha hecho para que la situación sea diferente?

T.: ¿Cómo le ha hecho para mantener esos cambios?

De igual forma, para este modelo es importante interrogar sobre las percepciones de otros miembros de la familia con el fin de contribuir a que se tome conciencia que su conducta afecta a los demás.

T.: Imagínese que su esposa estuviera aquí. Si yo le preguntara qué nota de diferente en usted ¿Qué supone que diría?

T.: Y si les preguntáramos a sus hijos ¿Qué dirían?

El paso siguiente en las preguntas consiste en ayudar al paciente a encontrar maneras de mantener los cambios iniciados por su propia iniciativa:

T.: Entonces, ¿Qué tiene que hacer ahora para continuar con los cambios por este rumbo?

T.: ¿Qué fue lo que hizo diferente en estos últimos días?

Generalmente se sugiere que al final de estas preguntas, el terapeuta le otorgue todo el crédito posible al paciente sobre los logros reconocidos, ya que este proceso de convalidación favorece las autopercepciones del paciente.

- ⇒ **Preguntas para encontrar la excepción.** El objetivo de estas preguntas es puntualizar la excepción al problema y darle un nombre, lo cual, favorece utilizar los recursos del paciente, reflejándose en una mejor autopercepción. Encontrar las excepciones significa reconocer las acciones que los pacientes desarrollan en forma espontánea y que provocan que el problema no se haga presente. La intención de las preguntas es que los clientes, describan detalladamente qué es lo que han hecho para que el problema no aparezca y puedan tomar conciencia de todas las actividades que forman parte de su vida. Cuando los éxitos se comentan una y otra vez y se examinan en detalle, empiezan a volverse cada vez más reales para el paciente.

T.: Dijo que no bebía en días de semana ¿Cómo le hace?

T.: Tengo curiosidad por los días de abstinencia ¿Cómo lo hace?

T.: ¿Y cómo se le ocurrió que eso funcionaría?

T.: ¿Qué supone que sus colegas o amigos dirían que notan de diferente en usted cuando hace todas esas cosas?

- ⇒ **Preguntas por el milagro.** Esta es una de las preguntas más importantes del modelo: orienta al paciente hacia un estado futuro, en el que el problema ya está resuelto y él puede empezar a ver los beneficios del

resultado de la terapia. La pregunta del milagro puede formularse de la siguiente forma;

T.: “Supongamos que cierta noche, mientras duerme se produce un milagro y el problema queda resuelto. Pero usted esta dormido y por lo tanto no sabe que el milagro ya sucedió. Cuando despierte por la mañana; ¿Cómo lo sabría usted?, ¿qué sería distinto?, ¿qué notaría de diferente?”

El objetivo de esta pregunta es que el paciente empiece a soñar con una realidad alternativa, concibiendo esperanzas para sí. Con esto, se atrae al paciente a describir detalladamente algunos fragmentos de cómo sería su vida sin el problema, lo cual hace que la descripción sea relevante en el presente.

Cuando el paciente no logra registrar una excepción al problema en el pasado, el siguiente paso del terapeuta consistirá en ayudar al paciente a proyectar el éxito hacia el futuro:

T.: ¿Cuál supone que es el primer pequeño paso que tiene que dar para que suceda una pequeña parte de ese milagro?

T.: ¿Qué supone que tiene que suceder antes, algo pequeño que usted pueda hacer inmediatamente?

T.: ¿Qué supone que haría entonces que no está haciendo ahora?

T.: Entonces cuando usted dé el primer paso, ¿Qué supone que diría?, ¿Qué notaría de diferente en usted?

Estas últimas preguntas están basadas en el supuesto de que las preguntas reiteradas están destinadas a suscitar respuestas reiteradas. Cuando los pacientes repiten las respuestas a estas preguntas en forma afirmativa, hacen que estos cambios de comportamiento se conviertan en su propia idea.

- ⇒ **Clasificar de acuerdo a una escala.** De acuerdo a Berg y Miller (1996), cuando se le pide a un paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas y prioridades, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber, este tipo de preguntas que hace

el terapeuta está destinada a informarle y sirven para motivar y fomentar el proceso de cambio. Las preguntas de la escala pueden utilizarse para evaluar la gravedad del problema.

T.: Digamos que 10 significa cómo quiere usted que sea su vida cuando resuelva el problema que lo trajo aquí; y que uno significa cómo estaban mal las cosas cuando usted tomó el teléfono y marcó una cita con nosotros. ¿Según esa escala de 1 a 10, ¿Dónde diría que está el problema hoy?

Este tipo de pregunta permite evaluar y controlar en forma continua el proceso de tratamiento, además de que permite personalizar el proceso del mismo, porque al cederle asumir la responsabilidad de la evaluación del proceso, ayuda al paciente a hacerse cargo del tratamiento.

T.: ¿Qué hizo usted para avanzar en tan poco tiempo?

T.: ¿Qué diría usted que tiene que hacer para avanzar de 4 a 5?

T.: ¿Cuánto tiempo tiene que permanecer en 4 antes de poder pasar a 5?

T.: Imaginemos que ya han pasado dos meses y que usted avanzó hasta 5.

T.: ¿Qué supone que su familia notará de diferente en usted, algo que les haga darse cuenta de que ahora está en 5?

Las preguntas de escala, pueden ayudar al paciente a establecer prioridades, lo cual favorece que el proceso terapéutico inicie con lo más urgente para él y por lo tanto su motivación hacia él mismo incrementa.

T.: 10 es lo más urgente y 1 lo menos urgente ¿Dónde ubicaría el problema con el alcohol? ¿Los problemas conyugales? ¿Los hijos? ¿El dinero? ¿La salud? ¿Qué número le asignaría a cada uno de estos problemas?

Asimismo, las preguntas de escala permiten evaluar la propia autopercepción.

T.: Supongamos que el número 100 representa a la persona ideal que usted siempre quiso ser, a esa persona que siempre quiso llegar a ser ¿A qué distancia de 100 se encuentra ahora?

- **Preguntar al paciente cómo enfrentar el problema.** Han descubierto que este tipo de interrogatorio, ha sido útil con pacientes que son considerados difíciles, con una visión desesperanzada de ellos mismos y de su futuro. En muchas ocasiones los terapeutas intentan alentarlos y darles ciertas esperanzas para seguir adelante, sin embargo, generalmente ellos terminan por sentirse tan desesperados como el paciente mismo. Este tipo de preguntas permite cuestionar en forma considerada el sistema de creencias del paciente y sus sentimientos de desesperanza y al mismo tiempo los orientan hacia la sensación de haber tenido o de tener cierta medida de éxito.

T.: Después de haberme enterado de su terrible experiencia, siento que es comprensible que usted crea que ya no hay esperanzas. Pero dígame ¿Cómo hace para seguir adelante todos los días?

T.: Entonces ¿Qué es lo que usted hace para enfrentar el asunto un día tras otro? ¿Cómo hizo para poder levantarse todas las mañanas?

T.: Con todo esto que le sucede ¿Por qué las cosas no son peores? ¿Qué hace usted para impedirlo?

Este tipo de preguntas ayudan a que el paciente reconozca que tiene capacidad de respuesta y sobre todo recursos que ya se encuentra poniendo en práctica. Además de que permite que el cliente empiece a responsabilizarse de lo que sí funciona en ese momento, lo cual le da la sensación de poder controlar su situación.

2.4 Modelos Posmodernos

2.4.1 Terapia Narrativa de Michael White

Antecedentes

Michael White en los años 70', es influido por las ideas de Bateson e intenta interpretarlas directamente, los conceptos que llamaron su atención fueron su propuesta de epistemología, la importancia de las diferencias básicas que hacen una diferencia en los sistemas vivos y de las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas, asimismo, estaba interesado por la filosofía de la ciencia, especialmente por las revoluciones científicas. Sin embargo, las ideas que captaron fuertemente su atención en 1980, y tuvieron una gran influencia sobre su teoría, fueron las de Michael Foucault (1973, 1979, 1980, 1980). Él reconoce que siempre estuvo más interesado en leer por fuera de los límites de la profesión, que hacia el interior de esta, por lo que también tuvo gran influencia de las teorías feministas, la teoría literaria, la antropología, la teoría crítica, entre otras (Tomm 1989, en White, 1989).

Teoría

Para White (1995), los seres humanos, son "seres interpretantes", es decir interpretan activamente sus experiencias a medida que van transitando por sus vidas y los relatos constituyen el marco de inteligibilidad que permite realizar esa interpretación. Por tanto, los significados derivados de este proceso de interpretación tienen efectos en las vidas de las personas. El relato o historia propia determina la forma y que aspectos de nuestra experiencia vivida son expresados. Es afirmar que se vive a través de los relatos que se tienen sobre la vida y que esas historias en efecto moldean las vidas y las constituyen.

White (1995), menciona que retoma la orientación construccionista que acompaña la metáfora narrativa, por lo que él se ocupa de atender los efectos reales de las historias que constituyen las vidas de las personas. Cuestiona los valores universales y se inclina más por los relatos alternativos que favorecen vidas más satisfactorias a las personas.

Él afirma que en nuestra cultura hay un relato dominante acerca de qué significa ser una persona moralmente valiosa. Este relato exalta la seguridad en sí mismo,

la autonomía, la realización personal. Esta individualidad es una manera de ser, que en realidad, no es más que una manera culturalmente preferida de ser. No podemos hablar de seguridad en sí mismo o realización personal sin hacer una descripción o contar una historia sobre cómo sería una vida si fuese segura de sí misma y personalmente realizada. Y lo “correcto” es específico de cada cultura.

Objetivo terapéutico

El objetivo terapéutico de la propuesta de White (1995), es que las personas puedan determinar sus formas preferidas de vivir y de interactuar consigo mismas y con los demás. Para él es importante ayudar a las personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan preferibles, es decir, poner en práctica las interpretaciones o significados que los relatos alternativos hacen posibles.

Esta tarea implica acompañar a las personas en el cuestionamiento de determinadas estructuras que hacen posible esta dominación.

Para este autor, es importante que los consultantes resulten los coautores privilegiados en esta tarea en colaboración.

Posición del terapeuta

White reconoce que es muy fácil imponer ideas o “verdades”, dado que hay un desequilibrio de poder en la relación entre consultante y terapeuta, por lo que se muestra atento para evitar la imposición de tales “verdades”, lo cual no implica que no puedan hacerse observaciones, pero sí moldea la forma en que hay que hacerlas. White considera que dentro de su trabajo desarrolla un papel activo, sin embargo, el introducir las observaciones en forma de preguntas, permite adoptar una posición en colaboración con las persona. Utiliza la metáfora de pararse detrás o al lado de las personas, sin indicar cómo deberían de ser las cosas en sus vidas, sin prescribir una dirección.

Preguntas de intervención

La primera parte del trabajo de White, consiste en tratar de obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando las personas. Para lo cual sugiere estar conectado con los efectos reales de nuestra interacción

con las personas durante el desarrollo de estos esfuerzos de comprensión, así como, de los entendimientos que son logrados a medida que van surgiendo.

A menudo logra esta comprensión explorando con las personas sus experiencias del problema, para ello utiliza lo que denomina conversación externalizadora, a través de preguntas alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones.

Las conversaciones externalizadoras cuestionan la creencia que el problema expresa la identidad de las personas, la verdad acerca de quienes son o acerca de la verdadera naturaleza de sus relaciones, ya que piensa que las conversaciones internalizadoras sobre lo problemático hacen difícil que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades para la acción.

A través de las conversaciones externalizadoras el problema queda en cierto modo inhabilitado, haciendo posible que los individuos experimenten una identidad distinta o separada del problema, lo que abre nuevas posibilidades para la acción; algunos ejemplos de preguntas externalizadoras serían:

T.: ¿De qué modo el problema está afectando la vida de Johnny?

T.: ¿Qué le está haciendo a sus amistades?

T.: ¿Cómo está interfiriendo en su relación con ustedes como padres?

T.: ¿Cómo está afectando el problema la imagen que Johnny tiene de sí mismo como persona?

T.: ¿Qué tipo de interacciones le está imponiendo en sus relaciones con otras personas?

Trazar el mapa de los efectos del problema en la vida de las personas y en sus relaciones resulta particularmente útil cuando el problema está especialmente arraigado o parece intratable. Para este fin la conversación externalizadora se vuelve un proceso amplio.

Para White la conversación externalizadora, por su efecto sería una forma de desconstrucción de las verdades que aprisionan las vidas de las personas. Para

esto se puede interrogar acerca de la historia de determinadas “verdades” por ejemplo:

T.: ¿Cómo cree que fue entrenado para creer en esta idea acerca de quién es usted?

T.: ¿Cómo fue que aprendió que esa era la forma de ser mejor varón?

T.: ¿Cómo es que en usted cobran tanta fuerza esas ideas?

T.: ¿Podría pensar que existen otras formas de ser una gran mujer?

Las conversaciones externalizadoras ponen de relieve el aspecto político de la experiencia y por lo tanto hay posibilidades de desconstrucción.

Cuando las personas acuden a terapia y traen a su disposición otras narrativas del yo y de las relaciones que proveen los relatos preferidos de sus vidas, la terapia estructurada a su alrededor crea la oportunidad para que las personas se internen más de lleno en sus maneras preferidas de ser. Por tanto, esta re-narración en sí misma está desconstruyendo los relatos dominantes de las vidas de las personas, por ejemplo:

T.: Lo que acabas de decir no parece ajustarse a todas las otras cosas que has venido diciendo, cuéntame más sobre esto;

T.: ¿Cómo diste ese paso?

T.: ¿Dirías que este es un acontecimiento positivo o negativo?

T.: ¿Cuáles creen que son los fundamentos de este paso?

T.: A medida que vamos reflexionando sobre este acontecimiento ¿Qué te dice esto de cómo quisieras que fueran realmente las cosas?

De acuerdo a esta perspectiva, cobra vital importancia el proceso de historización, porque es en gran medida por medio de la historia que los acontecimientos extraordinarios o las excepciones producen relatos alternativos. Sin dejar de lado los acontecimientos que son imaginados para el futuro que también cumplen un rol en la transformación de los acontecimientos extraordinarios.

Otra parte importante del trabajo de White es prestar atención al “público” o las personas que puedan ser afectadas por la renarración, ya que si los relatos con los que contamos son negociados y distribuidos dentro de comunidades de personas, entonces tiene mucho sentido hacer participar a las comunidades de personas en la renegociación de la identidad.

Por ejemplo, algunas de las preguntas que son utilizadas en esta parte del proceso son:

T.: ¿Hay alguna persona en su vida que pudiera contarme una historia que me ayudara a entender como fue que dio ese paso reciente?

T.: ¿Quién pudo haberse dado cuenta de ese paso que acaba de dar recientemente?

T.: ¿Cuál es la opinión de su esposo cuando se dio cuenta del paso tan importante que había dado?

T.: ¿Quién es el primero que notará el cambio que usted ha dado?

Para White su participación consiste en hacer preguntas que tienen el efecto de privilegiar las historias alternativas y los aspectos desatendidos de la experiencia, pero reconoce la imposibilidad de completar los detalles de los paisajes de vida alternativos que son asociados con ellos. Él menciona que puede preguntar por la posibilidad de vinculación entre dos eventos, pero no podría saber de qué forma estarían relacionados.

T.: ¿Qué fue lo que lo preparó para este paso?

T.: ¿Es posible que haya alguna conexión entre acontecimiento y este otro de hace dos meses?

T.: ¿Es posible que estos dos hechos estén conectados de alguna manera?

Agrega que puede mostrar su curiosidad por las vinculaciones, pero no conocerlas a detalle. Ante esta postura, generalmente las personas comienzan a situar los acontecimientos alternativos y sus vinculaciones en secuencias específicas a lo largo del tiempo. Por lo que, alienta a las personas a la formulación de una contra-trama o trama alternativa que, una vez realizada, posibilita que los integrantes de

la familia puedan dar sentido a una diversidad de otras experiencias que se ajusten a esta historia alternativa.

La formulación de una trama alternativa facilita enormemente la adscripción de significado a toda una serie de experiencias que anteriormente habían sido desatendidas.

Paisajes de la acción y paisajes de la conciencia: White retoma estos términos de Bruner (1986), la idea es que los relatos tienen paisajes duales: paisajes de la acción y paisajes de la conciencia. El primero está constituido por experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según historias específicas. En otras palabras, es la secuencia de conductas que generalmente se relacionan con el motivo de consulta.

El paisaje de la conciencia tiene que ver con las interpretaciones que se hacen sobre los eventos que están desarrollándose en los paisajes de la acción. Es decir se deriva por medio de la reflexión de los eventos en el paisaje de la acción en un proceso recursivo, puesto que las descripciones establecidas de características, motivos y compromisos informan a su vez la disposición de las experiencias de los eventos en el paisaje de la acción. En el trabajo de reescritura se invita a las personas a practicar un intercambio entre ambos paisajes, reflexionando acerca de lo que podrían significar los acontecimientos alternativos en el paisaje de la acción y determinando qué eventos en el paisaje de la acción reflejan mejor las descripciones preferidas de características, motivos, creencias, etc., de manera que generen paisajes alternativos de la acción y de la conciencia. Se trata de un proceso zigzagueante en donde se puede saltar de un paisaje al otro y viceversa, por ejemplo, se puede explorar el paisaje de la conciencia:

T.: Al revisar estos eventos que sucedieron en aquel entonces, ¿Qué le dicen acerca de lo que usted creía que era realmente importante en su vida?

En donde también se puede hacer el recorrido inverso al paisaje de la acción

T.: ¿Tiene usted conciencia o registro de otros acontecimientos en su vida que reflejen esta creencia específica acerca de lo que usted considera importante?

Agrega que este proceso puede incluir una consideración de los acontecimientos que se extienden hacia el futuro cercano de los paisajes de la acción y de la conciencia:

T.: Imagine que lo que usted desea hacer, sucede en un futuro cercano ¿Cómo afectaría este hecho sus acciones con respecto al tema que lo viene preocupando?

T.: Si se viese a sí mismo dando esos pasos ¿Cómo cree que afecte la imagen que tiene de usted como persona?

T.: Si se internara más en esta imagen de quién es usted realmente, ¿qué efectos piensa que tendría en sus próximos pasos?

Para este autor no existe un orden formal en la sucesión de las preguntas, ni en el proceso de historización que puede ser desde la historia reciente o lejana hacia el futuro próximo o en forma inversa.

Otro aspecto que White utiliza para mantener las nuevas narrativas en marcha, es identificando a aquellas personas que podrían contribuir a desarrollar los relatos preferidos de sus clientes y la forma en que podrían comprometerse en este proyecto. Las cartas y otras formas de documentación a menudo ayudan en el logro de estas metas.

Estas cartas no son estratégicas, sino que son más o menos un relato de los acontecimientos que están teniendo en la terapia y ponen un énfasis especial en el relato al pie de la letra de estos acontecimientos. En diferentes cartas hay diferentes énfasis, pueden ser en un momento a la trama dominante y en otro momento a la trama alternativa.

2.4.2 Terapia Conversacional de Harry Goolishian y Harlene Anderson

Antecedentes

Harry Goolishian fue uno de los teóricos que desarrollaron el modelo colaborativo con la influencia de los trabajos de la escuela de Pos-Milán, basados en el lenguaje y el diálogo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Goolishian trabajó durante veinte años en el MRI, sin embargo, alrededor de 1985 se separa cultural y técnicamente de la orientación estratégica, pasa de los supuestos cibernéticos a una posición más flexible y fluida, tanto en su concepción cultural como en la práctica terapéutica; retoma a Kenneth Gergen, basándose en la filosofía social, (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1989 junto con Harlene Anderson, Paul Dell y George Pullian forman el *Galveston Family Institute* en la ciudad de Galveston, en donde continúan con sus investigaciones.

En 1988 publica en colaboración con Harlene Anderson "*Human Systems as linguistic systems*" en donde desarrolla los puntos centrales de la visión conversacional de la terapia familiar.

Goolishian fallece, siendo Anderson quien continua el desarrollo de sus investigaciones.

Anderson afirma que más que proponer un modelo de intervención, su propósito es contribuir al incipiente cuestionamiento posmoderno de los discursos psicoterapéuticos tradicionales, proponiendo un punto de vista alternativo que representa una filosofía de la terapia, un abordaje, agrega que se ampara en la palabra posmoderno por la libertad y los supuestos asociados con ella, consciente que la palabra encierra sus propios riesgos.

Teoría

El grupo de Galveston combinó la fascinación por los sistemas evolutivos con el interés por el lenguaje. El lenguaje desde el punto de vista de la hermenéutica y las teorías socio-construccionistas, lo cual, les permitió abandonar por completo el mecanicismo de las metáforas de la cibernética y de los sistemas sociales estructurados como una pirámide.

Anderson se desplaza de un enfoque moderno a un enfoque posmoderno, en donde abandona la dualidad individuo-mundo y produce un giro radical hacia un marco sociolingüístico, desde este punto de vista la realidad se teje y se vuelve a tejer en telares lingüísticos compartidos (Anderson, 1997).

Para Goolishian y Anderson (1988), el lenguaje es el medio por el cual la acción social construye las redes de relaciones que constituyen un sistema, conceptualizando los sistemas humanos como sistemas de lenguaje.

La comunicación y los discursos sociales producen y definen la organización social y los sistemas socioculturales. Los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística. Agregan que se genera la significación a través del lenguaje, en conversaciones habladas y no habladas, así como, en interacciones con otros y con nosotros mismos.

Agregan que la significación es un proceso interactivo e interpretativo, los sentidos de sistema, familia y problema, por ejemplo, sólo se explican dentro de una conversación (Gergen, 1982 y Shotter 1995; citados en Anderson, 1997). Los sistemas y unidades sociales se forman cuando la gente se agrupa a propósito de temas especialmente importantes.

Para Anderson un problema y el significado que se le atribuye es una realidad creada socialmente y sostenida por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje.

Ella denomina a su estilo de trabajo como enfoque colaborativo, pues este termino refleja su conceptualización de la terapia; como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, es decir, en una búsqueda conjunta de posibilidades.

El grupo de Galveston a partir de una conceptualización de los sistemas humanos como sistemas lingüísticos, desarrollaron los conceptos de “sistemas determinados por problemas” y “sistemas de disolución de problemas”.

Anderson (1997), reconoce que ha sido influida por pensadores que criticaron la autoridad científica como base del conocimiento y ofrecieron otros criterios para indagar y comprender la psicología humana, pensadores que estaban enmarcados en las teorías del construccionismo social, la hermenéutica y la narrativa, lo que constituye para ella el pensamiento posmoderno.

Esta misma autora resume las premisas filosóficas de su enfoque colaborativo en las siguientes:

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

Agrega que de estas premisas derivan profundas consecuencias para toda empresa humana y para los que participan especialmente en la terapia. Estas premisas diferencian su filosofía y práctica colectivas de otras versiones posmodernas, e implican un movimiento en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico y posición del terapeuta.

Objetivo terapéutico

Para el modelo colaborativo no es tan importante la modificación de la situación individual o familiar, como la promoción de un diálogo que deje abierta la lectura de la experiencia del cliente más allá de cualquier constructo teórico que pueda influir en la regulación del significado. Anderson (1997), menciona que la conversación en la terapia busca ayudar a la gente a que tenga el coraje y la capacidad de moverse, de tener una perspectiva clara, de producir, lo cual es favorecido por un tipo especial de conversación, promovido por la capacidad del

terapeuta de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico, es decir mantener una postura filosófica.

Posición del terapeuta

Anderson (1997), define la psicoterapia como una mera conversación, rechazando la idea de que los terapeutas tienen que buscar patologías e inclinándose a adoptar una posición de no saber. En el artículo que publican Goolishian y Anderson en 1988, "*The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*" resaltan la posición de no saber, en la que el terapeuta se limita, sin ideas preconcebidas a estimular la conversación de los clientes asumiendo una posición hermenéutica, uniéndose a este último en una mutua exploración de la comprensión de su experiencia, dando como resultado que el proceso de interpretación y el esfuerzo de la comprensión terapéutica sea fundamentalmente colaborativo.

La posición del terapeuta debe de ser "no experta" con el fin de favorecer la creación de un espacio libre para la conversación.

Preguntas de intervención

El trabajo de Anderson y Goolishian se caracteriza por ser más teórico que técnico, el cual es bastante reducido. La técnica terapéutica es sustancialmente la capacidad del terapeuta para mantener abierta la conversación entre las partes. La idea es que la terapia pueda permitir al cliente decir y pensar lo que aún no ha dicho ni pensado acerca de su historia personal.

Para Anderson las preguntas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica, pueden facilitar o entorpecer la historia que quiere contar el cliente. Afirma que desde una perspectiva posmoderna, el acento está puesto en la apertura a una nueva narrativa y la narrativa de la terapia sólo puede conocerse dentro del diálogo del momento, las preguntas siempre se hacen desde la posición de no-saber. Esta posición permite al terapeuta expresar interés y curiosidad por el cliente, y es probable que las preguntas vengan desde dentro y no desde fuera de la conversación local.

Las preguntas formuladas desde esta posición abre al cliente nuevas avenidas para explorar lo que sabe y lo que no sabe, ayudan a que el terapeuta aprenda sobre lo dicho versus lo todavía no dicho y evitar los malos entendidos. Y a su vez

cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones; cada pregunta lleva a otra pregunta. A este tipo de preguntas las nombra: *preguntas conversacionales* que permiten la entrada a la subjetividad del cliente. Las preguntas conversacionales convierten a la terapia en un proceso más dinámico, donde la narrativa del cliente, a medida que se va desarrollando, cuestiona los horizontes de comprensión del propio terapeuta.

Las preguntas resultan del acontecimiento dialógico inmediato, la narrativa en desarrollo informa la siguiente pregunta y la narrativa se construye a partir de las narrativas que le son dirigidas.

Para Harlene no hay una guía o forma de realizar preguntas “adecuadas”, las preguntas “correctas” son las que surgen cuando el terapeuta se sumerge en el mundo del cliente. Asimismo, considera que las preguntas comunican algo sobre nosotros mismos y lo que pensamos; participan en la construcción de nuestras propias respuestas.

Es posible realizar cualquier pregunta, hacer cualquier comentario, hablar de cualquier cosa. Sin embargo, lo importante es la postura desde la que se hace –la manera, el tono y la regulación de los tiempos-. Ella sugiere plantear toda pregunta, comentario, pensamiento u opinión de un modo tentativo, pues considera que las preguntas formuladas de esta manera permiten al cliente responder a ellas, reconstruirlas o ignorarlas.

Harlene suele iniciar sus sesiones con la siguiente pregunta:

T.: ¿Qué les parece que debería de saber acerca de ustedes; qué les gustaría que supiera de ustedes?

T.: ¿Hay algo en particular que le gustaría saber?

Su intención es crear un espacio en donde el cliente se sienta libre de contar su historia, a su propio ritmo, un lugar que sea invitante para todas las voces, para lo cual, se requiere mostrar interés y respeto por lo que la otra persona quiere decir; requiere ser abierto y evitar secretos.

Es importante no dar por entendido el lenguaje del paciente, es necesario aprender los significados precisos de lo que esta hablando y qué quiere que el terapeuta escuche.

T.: "Intimidad y compromiso" pueden querer decir muchas cosas diferentes ¿qué significan esas palabras para usted?

Cuando habla con un miembro de un sistema, a menudo se pregunta cómo piensan los otros miembros, cuál es el diálogo interior silencioso sobre la conversación exterior, si no están presentes puede preguntar:

T.: Si su padre (madre, novio, etc.) estuviera aquí ahora ¿qué cree que pensaría sobre lo que decimos?

Para Harlene las conversaciones no son lineales, tocan uno y otro tema, los temas se entrecruzan algunos se expanden, otros se desdibujan y desaparecen, algunos reaparecen, dado que las conversaciones ocurren momento a momento y no pueden determinarse por anticipado. A través de las respuestas va entretejiendo la siguiente pregunta, en ocasiones pasando de un tema a otro. Todo puede ser o no ser tema de conversación, trata de no privilegiar una cosa sobre las demás, sino de seguir al cliente a donde él quiere ir.

T.: Hable un poco de cómo su papá encaja en todo esto. ¿Cómo lo situaría usted en su bregar con el tema de las relaciones?

Si el cliente se sorprende de sus propias respuestas o duda de seguir adelante con su comentario, Harlene abre la posibilidad de dejarlo para otro momento, devolviendo a éste la decisión de volver sobre el tema cuando se sienta en una posición de mayor comodidad.

2.4.3 Equipo Reflexivo de Tom Andersen

Antecedentes

Tom Andersen es fuertemente influido por el modelo propuesto por Boscolo y Cecchin convirtiéndose en uno de los participantes más asiduos en los congresos y seminarios que organizaban. Uno de los pensamientos que tuvo mayor influencia en él, fue que las ideas se transmiten a través del dialogo y tienen que ser revisadas y reformuladas a la luz del intercambio con el interlocutor; de ahí el énfasis que pone en que la discusión del equipo terapéutico sobre la sesión se desarrolle en presencia de la familia (Bertrando y Toffanetti 2004).

Hoffman en el prólogo del libro *El equipo reflexivo* de Tom Andersen (1994), menciona que no considera esta propuesta, como una escuela, pero sí como un nivel de abstracción más general, un nivel de valores y posiciones terapéuticos. Por su parte Jürgen Hargens en el prefacio de la misma obra comenta que Andersen ha dejado claro que es una forma de pensar que inevitablemente lleva a un particular tipo de práctica, una forma de poner ideas sistémicas en acción.

Teoría

Andersen retoma las ideas de Bateson (1972), quien hace notar que no vemos las cosas como algo en sí mismas. El hombre ve y describe su entorno en función de las diferencias que ve, es decir se relaciona con su entorno en términos de diferencias que puede ver, oír, oler, tocar y gustar.

Las diferencias disponibles son tantas que no se tiene la posibilidad de prestarles atención a todas. Hacer un cuadro de una situación es hacer cierto tipo de distinciones, el cuadro que se tiene es el resultado de las distinciones, del quien lo describe. Sin embargo, siempre hay más para ver que lo que uno describe, por lo tanto, hay muchos cuadros que no han sido hechos de distintas situaciones. Asimismo, resalta que dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación o diferentes “mapas” del mismo “territorio”.

Así mismo, inspirado en el trabajo de dos fisioterapeutas Bülow-Hansen y Gudrun Ovreberg (citados en Andersen, 1994) propone que existen tres tipos de diferencias, pero que sólo una de ellas causa una diferencia, la apropiadamente “diferente”. Es decir si las personas son expuestas a una diferencia que es lo bastante inusual, se corre el riesgo de que éstas se cierren y no permitan más el paso de nueva información, pero si la diferencia es bastante similar se corre el riesgo de que pase desapercibida.

Esta analogía es aplicable a la conversación, si en ésta se toca temas poco usuales, la persona se torna menos atenta y pensativa y las respuestas se hacen más reservadas. Cuando una persona se encuentra con otra que tiene gran interés en conservar su integridad, durante toda la reunión lo que se dice y lo que se hace determinara que se abra a una conversación o que se cierre.

Para estar atento a esto se tiene que considerar que cuando se dice una palabra, existe la posibilidad de que el significado sea diferente para la persona que la recibe.

Cada vez que una persona describe a otra, ésta es parte de un sistema de observación. El observador o la persona que está siendo descrita limita sus dichos y hechos según su comprensión de la relación con el que describe. Es importante resaltar que en cada acto de descripción se deja afuera a muchas otras posibles descripciones que no fueron hechas.

Andersen concluye que cualquier descripción o explicación depende del observador y que cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; cuando se comparen las versiones, serán diferentes en algún grado. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente válidas.

Cada persona tiene una percepción de la situación a la que ella “pertenece”. Esta percepción es la realidad de la persona. “Realidad” existe sólo como la “realidad” del que la percibe. La misma situación externa puede resultar o transformarse en muchas “realidades”. No se puede decir que una “realidad” sea mejor que las demás. Todas son igualmente “reales”.

Las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan en términos de la velocidad y el ritmo de estas fases. Cuando hablamos con alguien, tratamos de seguir su ritmo sin perder el nuestro.

Utilizando la respiración como metáfora se puede observar que se debe seguir la velocidad y los cambios de la otra persona a través de qué escucha, piensa y dice. De lo contrario, la conversación se sofocaría.

El equipo reflexivo surge en base a estas ideas y se refiere a un grupo de terapeutas que puede estar detrás de un espejo unidireccional o dentro de la sala con el equipo de entrevista y en un momento que puede ser al final de la sesión, emite sus reflexiones acerca de la demanda terapéutica del cliente, bajo la premisa de que surgirán diferentes lecturas de la misma situación abriendo una amplia gama de posibilidades.

El equipo reflexivo que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el grupo de entrevista va a decir o como sus miembros deben hablar; cada miembro del

equipo reflexivo escucha en silencio, después de un rato, presentan sus ideas acerca de los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las otras dos o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas.

El equipo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final. Sugiere que los integrantes del equipo de reflexión se concentren en mirarse a los ojos cuando hacen sus reflexiones, ya que si se mira al paciente, se le incluye en la conversación y por tanto se le estaría privando de estar en la posición de escucha, es decir en la posibilidad de ver la discusión de los temas desde fuera.

Objetivo terapéutico

El objetivo terapéutico del equipo reflexivo es ofrecer a aquellos que consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo nuevas distinciones.

Por tanto, una de las tareas del terapeuta es preguntarse; ¿Cómo poder crear la posibilidad de que la persona con la que se habla, comience a hacerse nuevas preguntas? respecto a su situación en la que se considera estancada.

Posición del terapeuta

De acuerdo a las ideas constructivistas que Andersen retoma para su trabajo, cada persona crea su versión de una situación y ninguna de las versiones que se den sobre ésta será correcta o incorrecta, por lo tanto, la tarea del terapeuta será en lo posible, entablar un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y sus explicaciones. A partir de allí se les invita a un diálogo para discutir si habría otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez no hayan pensado.

Considera que siempre hay muchas otras distinciones que hacer además de aquellas que ya se han establecido; agrega que las herramientas que son más útiles para establecer nuevas distinciones son las preguntas que todavía no se

han formulado. Las preguntas apropiadamente inusuales son la mejor contribución para movilizar al sistema estancado.

Preguntas de intervención

Andersen, considera que los consejos y las interpretaciones pueden transformarse en perturbaciones ajenas a la persona y una forma de proteger la integridad ante estas situaciones, es saliéndose del campo, por lo que generalmente cuando esto sucede los clientes abandonan la terapia.

Él retoma los trabajos sobre preguntas terapéuticas de la escuela de Milán (Tomm, 1988), de Penn (1982) y las aportaciones de Goolishian y Anderson, (1988), considerando que las preguntas apropiadamente poco usuales que dan la opción de más de dos respuestas, a menudo abren la posibilidad de hacer más preguntas y que son preguntas que generalmente no se hacen a sí mismos y que pueden responder de muchas maneras, lo que a su vez crea nuevas preguntas.

Agrega, que cuando los clientes hablan, invitan al terapeuta a pensar en las palabras que usan, así como en el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras, de igual forma esto da pie a preguntarse de todo lo que se escucha, qué es más importante para seguir hablando, a estos temas importantes los denomina aperturas, que sirven de base para relacionar las preguntas.

De igual forma, cuando les hace preguntas a los clientes, sugiere a los terapeutas preguntarse a sí mismos ¿puedo ver signos que expresen que soy poco inusual, o existen síntomas de que estoy siendo apropiadamente inusual, o bien de que estoy siendo demasiado inusual? ¿qué pasa con la velocidad y el ritmo de esta conversación?

Para Andersen las conversaciones son un intercambio de ideas, que dan origen a diversas preguntas que surgen del deseo de crear nuevas ideas sobre lo que se dijo en primer lugar. Afirma que los que se sienten estancados saben exactamente qué ideas les gustaría discutir y nos guiarán hacia las ideas más importantes si se sienten seguros de que la conversación les asegura la conservación de su integridad. Lo cual deja ver que algo fundamental es que hay que prestar mayor atención al proceso continuo del que se toma parte, cuando hablamos con la gente.

Desde el inicio de la sesión tanto el entrevistador como el resto del equipo tienen ya preguntas especiales en mente:

T.: ¿Por qué los presentes están interesados en esta reunión?

T.: ¿De quien fue la idea de hacer esta reunión?

T.: ¿A quién le gustó la idea?

T.: ¿Quién tuvo reservas?

T.: ¿Hubo alguien en contra?

T.: ¿A quién de los presentes le gustó más la idea?

T.: ¿Quién tuvo más dudas?

Para Andersen la idea detrás de estas preguntas es conocer a las personas que tuvieron más dudas sobre este encuentro, ya que se les puede considerar como las que quieren conservar el sistema. Ellas son las que deben de recibir mayor atención durante el encuentro ya que es probable que sean los primeros en manifestar que los temas que se están tratando en ese momento son demasiado inusuales. La respuesta a esto la podemos deducir si se les pregunta si estos son el momento y el lugar adecuados para discutir este tema:

T.: ¿Cuáles de los temas que están presentes quieren tocar?

T.: ¿Cuáles son las formas permitidas para estas conversaciones?

T.: ¿Todos tienen que estar presentes?

T.: ¿Alguien debería ocupar otro lugar mientras los demás hablan aquí?

No hay reglas fijas, pero una forma es preguntar primero sobre la historia de la idea de venir a la consulta. A la persona que estuvo más decididamente a favor del encuentro se le puede preguntar otra de las ideas principales:

T.: ¿De que manera le gustaría utilizar este encuentro?

T.: ¿Qué temas le gustaría discutir en este encuentro?

A todos se les da la oportunidad de expresar su compromiso con el encuentro, a la vez que explicar qué tema o temas les gustaría discutir.

Para Andersen es importante tener en cuenta las preguntas acerca del encuadre, cada vez que se introduce un nuevo tema:

T.: ¿Quién está dispuesto a hablar sobre quién acerca de este tema en este momento?

Los que consultan habitualmente saben muy bien para qué quieren usar la reunión antes de encontrarse con el equipo, las primeras cosas que dicen con frecuencia contienen información muy importante. Retoman el concepto de apertura de Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989), la cual se puede presentar a manera de una idea o una palabra que actúa como una muesca en el modo en que una familia organiza su esquema de pensamiento, sus conductas y la combinación de los significados que representan colectivamente. Para Anderson, tales aperturas son incitaciones para continuar el diálogo y pueden transformarse en la base para la siguiente pregunta.

Las preguntas que crean mayor cantidad de nuevas aperturas son las apropiadamente inusuales, que se pueden identificar por que logran mantener el flujo de intercambio durante el diálogo.

Todas las preguntas se basan sobre la idea crucial de que la gente no se relaciona con el tema problemático que está “afuera” sino con lo que interpreta como tema problemático. Una consecuencia de esta cuestión crucial es que no podemos ni describir, ni explicar el tema, sino que sólo podemos describir sus descripciones y explicaciones, y dar explicaciones tentativas de nuestras descripciones. Por lo tanto, una pregunta:

T.: ¿Qué vio usted?

T.: ¿Qué experimento usted?

Es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que estas son las que dan perspectiva a un fenómeno. Tales preguntas incluyen todo tipo de variaciones y contienen palabras como:

En comparación con:

T.: ¿Cómo está ahora comparado con entonces? / (Diferencia a lo largo del tiempo, cambios)

T.: ¿A quién le gustó más?, ¿Quién estaba más preocupado? (describir el fenómeno como parte de una relación)

T.: ¿Encontrarse con que nieto hace al abuelo más feliz? (al comparar relaciones)

T.: ¿Quién hizo qué? ¿Quién ayudo más? / Al comparar soluciones que se intentaron

En relación con:

T.: ¿Cuáles fueron las circunstancias?

T.: ¿Quién participó?

T.: ¿Quién de los presentes no participó?

Diferente de:

T.: ¿Cuándo comenzó?

T.: ¿Cuándo empeoró?

T.: ¿Cuándo disminuyó?

Preguntas para inquirir explicaciones. Este tipo de preguntas facilitan una curiosidad cuestionadora y fomentan la búsqueda de respuestas

T.: ¿Siempre fue así?

T.: ¿Cómo puede entenderse?

T.: ¿Cómo pudo haber ocurrido en ese momento?

Preguntas sobre las distintas conversaciones. Este tipo de preguntas facilitan la continuidad del flujo de intercambio y suelen ser útiles en situaciones difíciles

T.: ¿Quién hablo con quién sobre qué tema y de qué manera?

T.: ¿Qué significados tienen estos temas y qué significan las soluciones del problema?

T.: ¿Hasta qué punto los significados son compatibles?

Retoman las preguntas hipotéticas sobre el futuro propuestas por la escuela de Milán, que quiebran las reglas que rigen la comunicación en la familia e introduce información importante en el tiempo presente del sistema y le da la posibilidad de imaginar soluciones nuevas.

T.: ¿Si él/ella tuviera que irse por un tiempo, quien actuaría igual?

T.: ¿Si usted actuara de esta manera en lugar de aquella, que problemas podría causar?

T.: ¿Si alguien comenzará a hablar sobre esto, quién sería?

2.5 Conclusiones

La escuela desarrollada por el grupo de MRI concibe a la familia como un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo, regulada por el principio de la retroalimentación negativa, en donde los síntomas se mantienen por dicho principio, tendiendo siempre a regresar a su estatus patológico. Durante este periodo de sus investigaciones se encuentran ubicados en la primera etapa de la primera cibernética, colocándose fuera del sistema observado, lo cual brinda el contexto para entender sus intervenciones con un sentido predominantemente directivo y estratégico, con el objetivo de que los sistemas familiares volvieran a recuperar un funcionamiento homeostático para la familia

Durante esta etapa de la escuela del MRI, el interrogatorio es utilizado simplemente como una forma de obtener información diagnóstica y generar respuestas anticipadas por el terapeuta, que lleven a movilizar al sistema familiar. Para ellos el lenguaje es una herramienta para representar el mundo que esta afuera y que se puede conocer objetivamente.

En el modelo estructural propuesto por Salvador Minuchin se observa una mayor influencia de la teoría de los sistemas dando mayor importancia a la estructura familiar, su propuesta se puede ubicar dentro de la segunda etapa de la cibernética de primer orden, concibiendo a los sistemas regulados por la retroalimentación positiva, en los cuales, el aumento de desviación es inherente a los mismos, por lo que las familias tienden al cambio como parte de su evolución. En esta misma etapa, el terapeuta se percibe fuera del sistema familiar, existiendo un modelo normativo de familia. Por tanto, para la posición estructuralista cuando una familia presenta una conducta sintomática, considera a ésta como un sistema complejo que funciona mal, entonces el objetivo del terapeuta es quebrantar la homeostasis existente, para producir una crisis que empuje al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento.

Dada esta posición activa del terapeuta, el uso de las preguntas en este modelo es introducir nueva información, con el fin de crear movimientos desequilibrantes destinados a activar los procesos de desviación y ampliación para mover a la familia y sacarlos del estado que reportan como problemático.

Para Minuchin la realidad se presenta objetiva y se presenta al sujeto por medio del lenguaje, por lo que el terapeuta debe saber que el significado de las palabras que se utilizan dentro de la sesión se relaciona con el contexto de la familia, dado que la realidad es moldeada socialmente.

El modelo estratégico, lo podemos ubicar con una gran influencia de la teoría general de los sistemas, así como, dentro de la etapa dos de la cibernética de primer orden, en donde, se concebía a los sistemas regulados por la retroalimentación positiva, por lo que las intervenciones estaban pensadas para introducir mayor información al sistema y llevar a éste hacia una reestructuración. El foco de sus intervenciones, está en diseñar la estrategia que va a promover el cambio en el sistema.

Las preguntas son utilizadas como un instrumento de recabar información y conocer la dinámica de las relaciones familiares. Sus principales intervenciones se basan en directivas y tareas paradójicas.

Por su parte, el equipo de Milán en su tercer periodo, retoma los conceptos sistémicos de Bateson (1972), logrando desarrollar una aproximación en la intervención clínica más apegada a las propuestas teóricas de este autor, para quien era importante tomar en cuenta el equilibrio y la natural evolución de los sistemas.

Esta escuela, durante esta etapa se puede considerar como la primera en transitar hacia la cibernética de segundo orden, en donde el terapeuta se empieza a concebir como parte del sistema y por tanto empieza a auto-observarse en la formación del sistema terapéutico. Asimismo, al concebir a las familias como organismos que están en constante desarrollo, se carece de un modelo normativo, pues no hay uno correcto, por lo que la función del terapeuta se centra en introducir nueva información, limitando su capacidad de dirigir a la familia.

La escuela de Milán pone el foco en las limitaciones del lenguaje y la dificultad que éste tiene para poder representar la circularidad de los sistemas vivos, por lo que propone empezar a desarrollar nuevos conceptos.

Asimismo, durante esta etapa se empieza a considerar a las preguntas como un instrumento terapéutico muy importante, pues a través de las mismas se podía realizar intervenciones que no pusieran en riesgo la autonomía de la familia y a su

vez facilitaban al terapeuta estar en constante auto-observación de los supuestos teóricos y epistemológicos que subyacen sus cuestionamientos.

El modelo centrado en soluciones de De Shazer a pesar de tener una gran influencia del MRI, se aleja de las explicaciones cibernéticas y de la teoría de la comunicación, se apoya más en la propuesta de Kelly (1955), por lo cual, lo podemos ubicar en una epistemología constructivista, haciendo énfasis en la capacidad del ser humano para construir una multiplicidad de realidades, careciendo de un modelo normativo de familia.

Este marco constructivista le permite a De Shazer conciliar la tradición de las terapias estratégicas, en donde el cliente tiene en sí mismo los recursos y el terapeuta es el encargado de dirigir la terapia, con las nuevas ideas de las terapias narrativas y conversacionales, en donde, se requiere entender el punto de vista del cliente y el terapeuta no tiene un saber privilegiado.

De Shazer muestra gran interés por el lenguaje, considera que es el medio por el cual, el ser humano representa su mundo, por tanto, las palabras son el elemento más importante de la transacción terapéutica.

El grupo de De Shazer también desarrolla un estilo propio de preguntas que va de acuerdo a su marco conceptual e introduce el factor tiempo al igual que la escuela de Milán, haciendo énfasis en el tiempo futuro, pues su objetivo es que el cliente construya directamente los posibles escenarios de su vida.

El modelo narrativo de White se separa de las metáforas sistémicas y cibernéticas, así como, del movimiento constructivista, retomando las ideas del movimiento posmodernista y socioconstruccionista, en donde, se piensa al ser humano como un interpretador de significados, que construye la realidad a través del lenguaje y del consenso social.

Retomar el marco socioconstruccionista le permitió integrar la fuerte influencia de las ideas de Foucault, ya que para él, la terapia es una operación política, en donde es necesario desmitificar los discursos de poder frente a los individuos y sus familias. Sin embargo, hace énfasis en que es imposible evitar el desequilibrio de poder en el espacio terapéutico, por lo que considera que los terapeutas deben tener plena conciencia de la influencia que pueden ejercer en la co-construcción de la realidad que hacen en relación con el paciente. Esta premisa lo llevó a

desarrollar una técnica y un estilo particular en la forma de entrevista, pues considera que a través de las preguntas se puede hacer señalamientos o sugerencias dejando al consultante, la posibilidad de elegir y co-construir las maneras preferidas de ser, lo cual, evidencia la epistemología que sustenta al considerar al terapeuta como un facilitador en la construcción de nuevas realidades.

El Modelo Conversacional o Colaborativo de Harlene Anderson también se aleja de las metáforas sistémicas y cibernéticas, centrándose en las corrientes posmodernas, concibiendo a los sistemas humanos, como sistemas sociolingüísticos, resaltando la importancia del lenguaje en la construcción de realidades. Un aspecto fundamental en la terapia colaborativa es que el cliente y terapeuta mantienen el mismo valor en cuanto a la experiencia vivida y dado que esta puede tener múltiples significados, es un riesgo interpretar las experiencias de las personas sobre la base de un criterio teórico rígido. Por lo que este enfoque define la posición del terapeuta, más que como una técnica, como una postura filosófica de “no saber”, lo cual genera que se escuche las historias de los consultantes de un modo único, implicándose en la conversación con el cliente.

Así, esta postura filosófica generó que los teóricos de este modelo dieran mayor prioridad a sus premisas teóricas que a la técnica de intervención, dado que para ellos las preguntas no derivan de ideas o modelos preconcebidos, sino de la necesidad del terapeuta por comprender y entender la experiencia de los clientes. Sin embargo, de acuerdo al marco teórico constructivista resaltan la importancia de las preguntas, como el medio para generar múltiples conversaciones ricas en significados.

El trabajo sobre el Equipo Reflexivo de Tom Andersen, se puede ubicar con una gran influencia de la cibernética de segundo orden y el constructivismo, dentro de la primera porque se concibe al terapeuta en relación directa con el cliente en donde la influencia es mutua y forman parte del sistema terapéutico, por otro lado, la influencia constructivista se manifiesta al considerar que el cliente construye los significados y su interpretación del mundo, sin embargo, ésta es solo una de las muchas lecturas posibles.

Hargens (1991, citado en Anderson, 1994), refiere que el equipo reflexivo ilustra que no existe ni una forma correcta ni adecuada para trabajar, lo que hay es tanto una forma como otras. Y la práctica del equipo reflexivo lleva consigo un profundo respeto por la gente, basado en la ética.

Las preguntas en el equipo reflexivo de Andersen no tienen la intención abiertamente declarada de inventiva o cambio, que propone Tomm (1988), pues considera que esta posición corresponde a una interacción instructiva, por su parte él se apega más a una posición constructivista de acuerdo Maturana.

CAPÍTULO 3.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

Como parte de la formación clínica atendí en supervisión directa 4 familias como terapeuta y 1 familia en co-terapia; en la modalidad de supervisión narrada 3 familias como terapeuta y 1 familia en co-terapia, completando un total de 48 horas de supervisión clínica.

Dentro del equipo terapéutico participé en la atención de 53 familias dando un resultado de 398 hrs. de trabajo.

A continuación se presenta un concentrado de las actividades clínicas⁴:

Nº	Familia	Motivo de consulta	Nº de sesiones y conclusión del proceso	Supervisor y Tipo de supervisión	Modelo de intervención
1	M. R.	Dificultad para relacionarse con sus hijos	5 sesiones Concluido	Mtra. Carolina Díaz-Walls Directa	Estructural de Salvador Minuchin
2	B. D.	Dificultad para establecer acuerdos en la educación de sus hijos	9 sesiones Concluido	Mtra. Jacqueline Fortes Directa	Construccionismo Social
3	R. L.	Constantes conflictos entre los hijos	8 sesiones Concluido	Mtra. Patricia Negrete Camu Directa	Estructural de Salvador Minuchin

Tabla 7. Familias atendidas durante la Residencia en Terapia Familiar por la tercera generación en el periodo 2003-05

⁴ Los verdaderos nombres de las personas y familias atendidas fueron modificados para conservar la confidencialidad de la información.

Nº	Familia	Motivo de consulta	Nº de sesiones y conclusión del proceso	Supervisor y Tipo de supervisión	Modelo de intervención
4	R. G.	Eventos de violencia familiar	7 sesiones Concluido	Mtra. Nora Rentaría Directa	Narrativo de White
5	R. M.	Dificultad para relacionarse con su hijo mayor	5 sesiones Inconcluso	Mtra. Patricia Moreno Narrada	Milán
6	E. R.	Dificultades en la relación de pareja	2 sesiones Inconcluso	Mtra. Patricia Moreno Narrada	Soluciones
7	A y S.	Dificultades en la relación de pareja	1 sesión Concluido	Mtra. Carolina Díaz-Walls Directa	Estructural de Salvador Minuchin
8	M. M.	Problemas de pareja y problemas en la relación padre-hijo	8 Sesiones Concluido	Dra. M. Elena Rivera H. Directa	Terapia Breve
9	A. y J.	Problemas de pareja, separación	3 Sesiones Inconcluso	Mtra. Patricia Moreno Narrada	Soluciones

Tabla 7. (Continuación) Familias atendidas durante la Residencia en Terapia Familiar por la tercera generación en el periodo 2003-05

3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

Familia M. R.

Sede Clínica: centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Periodo: abril de 2004 a enero de 2005

Modelo Utilizado: Estructural de Salvador Minuchin

Supervisora: Carolina Díaz-Walls

Equipo terapéutico:

Lic. Álvarez Antillón Iliana G.

Lic. Delgadillo Martínez Ruth

Lic. Hernández Quiñones Mónica B.

Lic. López Cruz Carlos

Lic. Michel Quintero Denisse

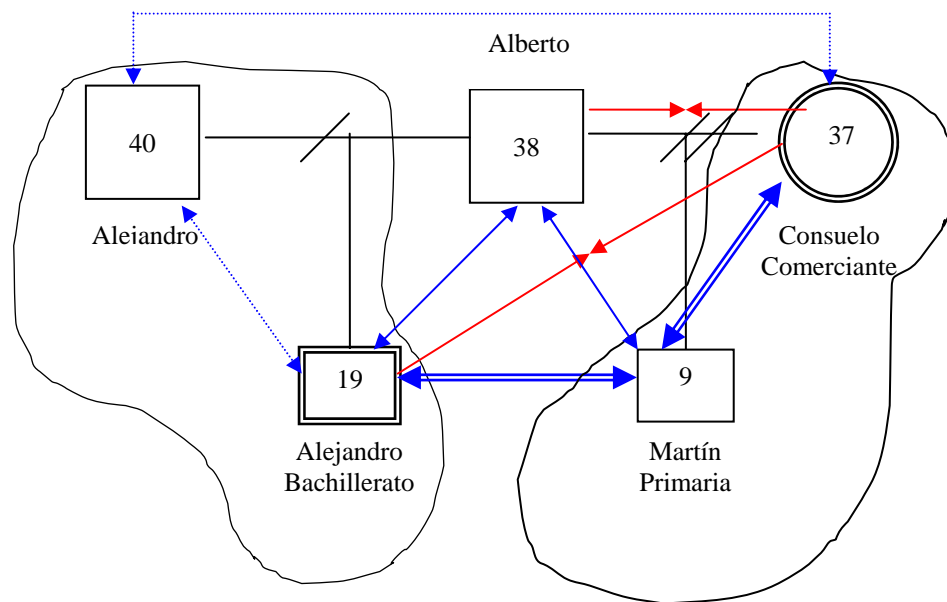
Lic. Murillo Palacios Judith

Lic. Obregón Velasco Nydia

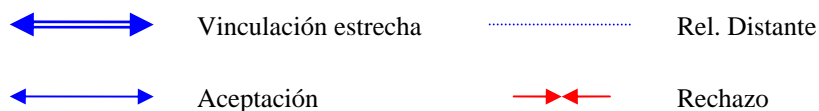
Lic. Ruiz Cortez Marlene del R.

Lic. Vargas Castillo J. Alberto

Familiograma⁵ N° 1



Relaciones en la familia



⁵ La simbología para representar las relaciones en la familia se retoma de Macías A. R. (comunicación personal, septiembre 24 de 2003)

Descripción de la familia

La familia nuclear está conformada por la Sra. Consuelo de 37 años, de ocupación comerciante, su hijo Alejandro de 19 años, estudiante de bachillerato, la relación entre ellos es de rechazo con la manifestación de constantes conflictos; Martín de 9 años, quien cursa el segundo grado de primaria, mantiene una relación cercana y estrecha tanto con Alejandro, como con la Sra. Consuelo.

Cada uno de los hijos tiene contacto frecuente y una buena relación con sus padres. Por su parte, la Sra. Consuelo con Alejandro padre de su hijo mayor, mantiene una relación distante y con poca comunicación. Sin embargo, con Alberto padre de Martín, presenta constantes conflictos, quién no respeta los tiempos acordados para visitar a su hijo.

La relación con la familia extensa de la Sra. Consuelo es distante, debido a diferencias con sus hermanas y con su madre.

Motivo de consulta

Al inicio del proceso terapéutico, la Sra. Consuelo se mostró con un discurso desestructurado, pasando de un tema a otro sin culminar, exteriorizando quejas continuas; durante la primera sesión refiere tener problemas en la relación con su hijo Alejandro de 19 años, llegando a generar ideas de suicidio, ante la exploración de este tipo de pensamiento menciona haberse dado cuenta que los problemas se pueden solucionar y eso la motiva a solicitar el servicio de atención psicológica, comentando que en primer lugar desea mejorar la relación con su hijo mayor, con el que mantiene constantes conflictos por bajo rendimiento académico, incumplimiento de los acuerdos que establecieron para que éste trabaje un taxi propiedad de ella -excediendo el horario de trabajo, no cubriendo la cuota de alquiler y negándose a cubrir la recarga de combustible-, ha vendido sus objetos personales y le ha tomado sin autorización dinero en efectivo, llegando a agredirla con insultos y golpes, tanto en su casa como en la vía pública, ante lo cual, hace énfasis en demandar respeto.

Alejandro por su parte expresa que, en efecto no hay respeto, sin embargo, siente gran preocupación por su madre, ya que teme que la lastimen en sus relaciones de pareja, añade que la relación entre ellos no es cercana afectivamente, sin embargo, cuando ésta se llega a dar es violenta pues ella sólo se centra en

cuestiones materiales y que constantemente manifiesta ambivalencia afectiva en su trato hacia él y su hermano.

Objetivos terapéuticos

- ⇒ Que la Sra. Consuelo retome la mayor jerarquía dentro del sistema familiar y logre establecer límites claros en la interacción con sus hijos, con Alberto -padre de Martín- y en los diversos contextos en los que interactúa.
- ⇒ Que Alejandro se responsabilice de sus actividades académicas, respete las reglas establecidas y contribuya al funcionamiento familiar.
- ⇒ Que la reorganización del funcionamiento familiar repercuta favorablemente en el desarrollo de Martín.

Resumen del proceso terapéutico y cambios observados

Primera sesión. A la primera entrevista, se presentó la Sra. Consuelo y su hijo Martín de 6 años. Se observó a la señora ansiosa y con discurso desestructurado, describiendo tener problemas con su hijo Alejandro, así como, con su última pareja, lo cual la ha llevado a presentar ideas de suicidio. Narra su historia familiar, refiere que sus padres fueron punitivos con agresiones verbales, físicas y psicológicas, sufriendo carencias económicas y afectivas, por lo que una de sus intenciones es hacer que sus hijos no sufran lo mismo. Se exploró la presencia de ideas de suicidio ante lo cual se le brinda contención, al mismo tiempo se utilizaron técnicas de escenificación e intensidad para que la Sra. Consuelo estableciera límites a la conducta de Martín durante la sesión quien se mostró inquieto. De igual forma, se resaltaron sus lados fuertes, como su capacidad y constancia laboral, su habilidad para lograr objetivos personales y conseguir establecer límites con amor a Martín durante la sesión.

Segunda sesión. La Sra. Consuelo refirió que el primer problema que desea abordar es la relación con su hijo Alejandro, quién también asiste a la sesión. Ella pide respeto; Alejandro expresó preocupación por su madre, reconociendo que no hay cercanía afectiva y que generalmente las interacciones son violentas. El terapeuta se mantuvo en una posición neutral, fue necesario que se les marcara

límites a ambos entre los turnos para hablar, ya que se desbordaban en detalles e información que impedía que concluyeran las intervenciones. Se utilizó el sentimiento de preocupación de Alejandro por su madre para generar el enganche terapéutico y continuara asistiendo a las sesiones. Se les pidió que por separado escribieran que es lo que pensaban que estaba sucediendo y generando problemas en su familia, lo que tenían que presentar por escrito para la próxima cita.

Tercera sesión. Se presentaron de manera puntual la Sra. Consuelo y su hijo Martín, con los que se dio inició, integrándose Alejandro 15 minutos después. Antes de la llegada de este último, la señora reportó que no realizó la tarea asignada, no obstante, se aprovechó el tiempo de espera en rastrear información sobre el consumo de drogas ó psicofármacos, señalando sólo el uso de antidepresivos. Estando los tres miembros de la familia, se planteó la definición de objetivos para cada uno de ellos. La señora pidió respeto, que se haría evidente cuando ella le señalara una regla establecida y Alejandro no la ofendiera, asimismo, en el momento que no discutiera con ella delante de la gente. Por su parte, Alejandro pidió respeto a su vida, es decir, que su mamá no le criticara su manera de ser y que le reconociera cuando tiene aciertos; Martín pidió que su mamá y Alejandro se llevaran bien. La posición del terapeuta fue distante y directiva, por su parte, el equipo terapéutico asumió una posición distante con la madre y cercana con los hijos. Se cuestionó la estructura familiar a través de la fijación de fronteras, intervención que se manifestó a lo largo de la sesión al establecer límites a los tiempos de participación, asimismo, se utilizó la técnica de desequilibramiento cuando se le prestó mayor atención a la Sra. Consuelo con el fin de hacer visible su mayor jerarquía. El objetivo de la sesión fue establecer límites claros entre los subsistemas, precisar jerarquías y definir obligaciones y responsabilidades.

Cuarta sesión. La llegada de la familia se dio con un retraso de veinte minutos. Se presentaron con un estado de ánimo ansioso e irritado debido a que reportaron haber tenido conflictos en los últimos días; incluso la madre expresó que había pensado en no asistir a la terapia pues se encontraba desesperada por estos problemas. Durante la sesión escenificaron una discusión en la que Alejandro se

mostró desafiante, descalificador y en constante escalada simétrica con su madre. Esta discusión se originó cuando Consuelo expresó que Alejandro no la respetaba ni le daba su lugar como madre, mientras que él manifestó que le molestaba que ella lo usara como «tapadera» ante sus parejas. Cabe señalar que durante esta discusión Martín se mantuvo callado y quieto realizando una actividad que se le había asignado (armar un rompecabezas). La posición del terapeuta fue neutral, sin embargo se cuestionó la estructura familiar a través de la enseñanza de la complementariedad, cuando utilizando la experiencia laboral de la madre, se les planteó una metáfora acerca del funcionamiento y organización de un restaurante, la cual fue aceptada favorablemente por la Sra. Consuelo, identificando que su familia carece de reglas, roles y jerarquías definidas, además de mantener una comunicación deficiente. Asimismo, dada la desesperación expresada por la madre y la discusión tenida con su hijo, el equipo terapéutico envió un mensaje a través de uno de sus miembros, en donde, se les connotó positivamente, que a pesar de haber tenido los conflictos se hayan presentado juntos a la sesión, pues ello habla de que pueden llegar a acuerdos. Se le pide a la señora que en casa piense cómo va a organizar a su familia.

Quinta sesión. La familia deja de asistir sin aparente justificación, por lo que se intenta restablecer el contacto vía telefónica, sin embargo, su línea es reportada por la empresa de teléfonos como fuera de servicio perdiendo la relación con la familia. Seis meses después la Sra. Consuelo llama para establecer una nueva cita, quien se presenta en forma puntual, al indagar la causa por la que deja de asistir, mencionó que hubo varios factores, uno de los principales, es que sentía que no se le daba el tiempo necesario para ser escuchada, además que las constantes interacciones simétricas con Alejandro eran muy estresantes. De igual forma por ese mismo tiempo, Alejandro embaraza a su pareja, lo cual le indica, que tiene que empezar a dejarlo que haga su propia vida. Al preguntarle qué le había funcionado de las sesiones previas, refiere que la metáfora del restaurante le dejó claro que tenía que ordenar las reglas en su familia, lo cual, la llevó a poner límites a la conducta de Alejandro. Agrega, que actualmente no le duele ni le teme pedirle que deje sus cosas, llegando a considerar la posibilidad de demandarlo legalmente si la vuelve a violentar físicamente, decisión que le ha hecho saber.

Conjuntamente, reconoció que su experiencia de vida ante las carencias afectivas y económicas, la llevaron a brindar todo lo que le era posible a Alejandro, sin establecer limitaciones o condiciones. Sin embargo, actualmente ha establecido límites con claridad a la conducta de Martín quien ha mejorado su comportamiento. Finaliza comentando que en este momento ella piensa dedicarse más tiempo así misma y buscar metas y objetivos propios, dejando que Alejandro haga su propia vida.

Comentarios

Con la familia M. R. se logró el primer objetivo, dado que logra establecer límites claros en la relación con sus hijos Alejandro y Martín, reconociendo su jerarquía de madre. En su relación de pareja actual y con los padres de sus hijos, mejora la interacción también estableciendo límites en cuanto a sus tiempos y prioridades, sin embargo, reconoce que en este punto aún le falta tener mayor firmeza.

En cuanto al segundo objetivo, en donde se buscaba que Alejandro se responsabilizara de sus actividades académicas, respetara las reglas establecidas y contribuyera al funcionamiento familiar, se logró en forma parcial, dado que abandona sus estudios por iniciar vida en pareja, sin embargo, ha empezado a respetar a la Sra. Consuelo y los acuerdos que establecen, ante la posición de ésta.

El tercer objetivo también se ve cubierto dado que la Sra. Consuelo reconoce que el no establecer límites a los deseos y conductas de sus hijos, repercute en su desarrollo y estabilidad, por lo que actualmente está siendo más cuidadosa en enseñar a Martín a respetar los acuerdos que toman para una mejor convivencia.

Familia B. D.

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

Periodo: enero a septiembre de 2005

Supervisora: Jacqueline Fortes Besprosvany

Modelo Utilizado: Construccinista Social

Equipo terapéutico:

Lic. Álvarez Antillón Iliana G.

Lic. Murillo Palacios Judith

Lic. Delgadillo Martínez Ruth

Lic. Obregón Velasco Nydia

Lic. Hernández Quiñones Mónica B.

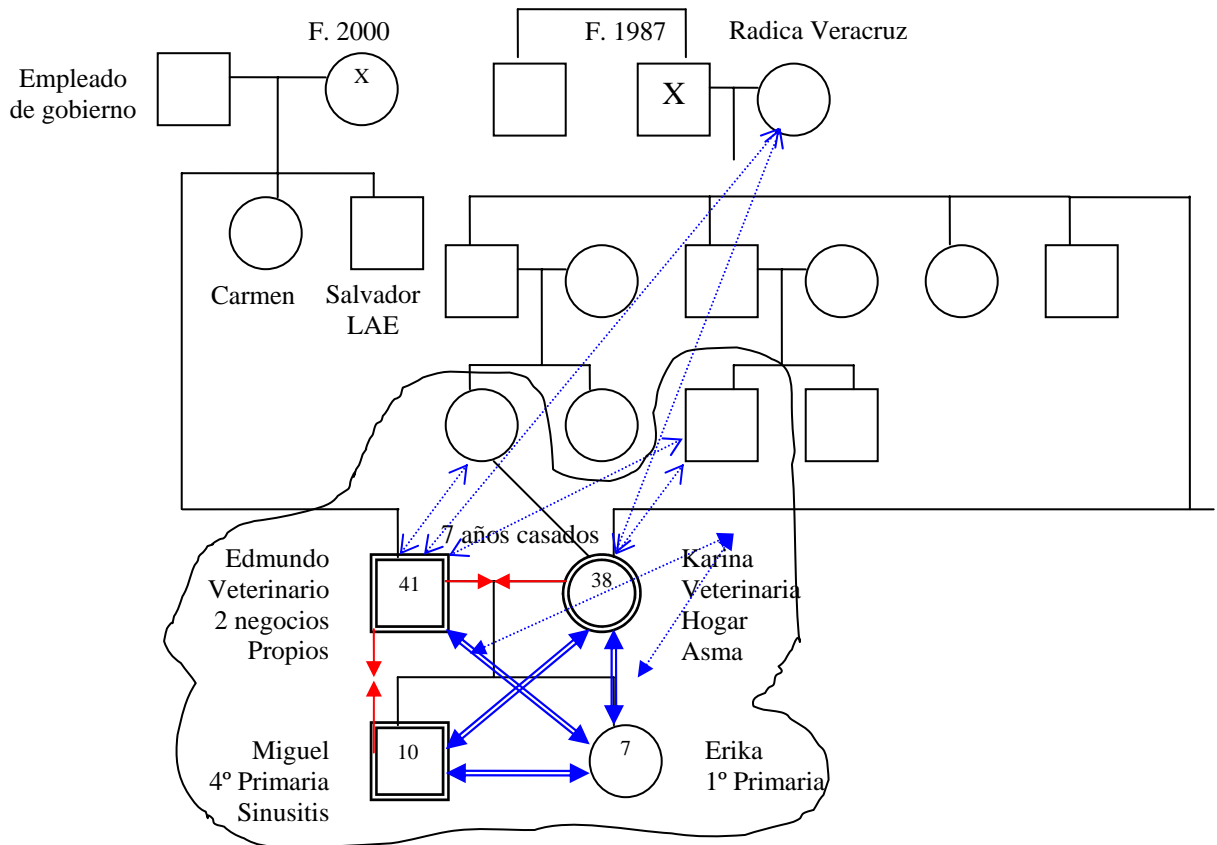
Lic. Ruiz Cortez Marlene del R.

Lic. López Cruz Carlos

Lic. Vargas Castillo J. Alberto

Lic. Michel Quintero Denisse

Familiograma N° 2



Relaciones en la familia



Vinculación estrecha



Rel. Distante



Aceptación



Rechazo

Descripción de la familia

La familia nuclear esta integrada por el Sr. Edmundo, la Sra. Karina, ambos con educación profesional en veterinaria y zootecnia, la relación entre ellos es conflictiva, manteniendo constantes peleas; de igual forma, el Sr. Edmundo mantiene una relación conflictiva con Miguel, su hijo mayor, marcando una diferencia con su hija menor Erika, con quien la relación es cordial y en ocasiones de sobreprotección. Por su parte, la Sra. Karina con ambos hijos lleva una relación cordial y con gran vinculación afectiva. La relación entre los hermanos la describen como cercana y de cuidado mutuo.

El Sr. Edmundo se dedica a atender dos negocios propios; renta de equipo para la construcción y producción de miel, siendo el primero su principal fuente de ingresos; por su parte la Sra. Karina se dedica al hogar y esporádicamente lo apoya en sus actividades.

Habitan en una propiedad de la madre de la Sra. Karina, compartiéndola con dos sobrinos y un tío.

La relación con la familia del Sr. Edmundo, la perciben como conflictiva y distante, debido que, a pesar de ser el hijo mayor, nunca es tomado en cuenta cuando se toman decisiones o es discriminado cuando el padre les hace algún regalo. Y por el contrario, Salvador hermano menor del Sr. Edmundo, de profesión licenciado en administración de empresas, es quien tiene mayor jerarquía, considerando que siempre ha existido una rivalidad entre ellos, en la cual el hermano le ha querido quitar todo al Sr. Edmundo, incluyendo sus redes sociales, quienes se caracterizan por valorar el status económico. Asimismo, mencionan que existe cierta discriminación hacia la Sra. Karina, quien no es tomada en cuenta cuando se realizan reuniones entre las mujeres de la familia.

Motivo de consulta

La Sra. Karina, refiere que tiene constantes discusiones para ponerse de acuerdo con su esposo sobre la educación de sus hijos, además, de estar preocupada por la relación que éste tiene con su hijo mayor, dado que en ocasiones lo violenta física y verbalmente, a diferencia de su hija con quien el trato es más cordial y amable, situación que genera constantes conflictos entre ellos. También menciona

que esperaría del proceso terapéutico poder aprender a manejar el establecimiento de límites e imposición de castigos.

Por otro lado, agrega la Sra. Karina, que desde hace algún tiempo ha estado inconforme con sus actividades, mencionando que quisiera poner un negocio, ya que nunca le ha gustado ejercer su profesión (veterinaria), considera que esta situación se ha reflejado en su autoestima, lo cual se hace evidente al presentar sentimientos de confusión, tristeza y coraje cuando recibe críticas de sus familiares o amigas.

Por su parte, el Sr. Edmundo, identifica que sí ha establecido una diferencia en el trato hacia sus hijos, pues desea que Miguel se forme un carácter fuerte y no sea débil como él, pues ha notado que en ocasiones éste utiliza la manipulación para conseguir lo que desea, sobre todo en la relación con su madre.

Objetivos terapéuticos

- ⇒ Modificar la interacción simétrica en la relación de pareja, así como, las conductas violentas del Sr. Edmundo hacia Miguel.
- ⇒ Definir en la familia; los roles, límites y jerarquías.
- ⇒ Deconstruir las creencias familiares que generan una percepción devaluada de sí mismos, lo cual les permita definir una identidad familiar e individual poco vulnerable a la comparación.

Resumen del proceso terapéutico y cambios observados

Primera sesión. La primera sesión se centró en definir las demandas terapéuticas, mencionado diferentes expectativas, cada uno de los miembros de la pareja. Desde un inicio se observó una constante interacción simétrica entre ellos, sin embargo, también se pudo observar que la Sra. Karina ocupa una posición de liderazgo, en donde el Sr. Edmundo constantemente está buscando su aprobación. Las intervenciones estuvieron encaminadas a brindar contención y permitir la expresión del motivo de consulta. Se les validó los recursos de unidad e iniciativa por buscar una mejor calidad de vida, lo que favoreció el enganche terapéutico.

Segunda sesión. Se presentaron los cuatro integrantes de la familia, se observó en forma constante interacciones simétricas entre los padres colocando a Miguel en un conflicto de lealtades buscando en forma repetida su aprobación, lo que sucede en menor medida con Erika. Se identifican creencias de autodevaluación en comparación con otras familias, lo cual repercute en generar altas expectativas hacia sus hijos. Se utiliza el reencuadre, centrando la atención en los aciertos que han tenido como padres, con el fin de deconstruir las creencias sobre su autopercepción, no obstante, esta intervención genera una escalada simétrica entre ellos, lo cual se aprovecha para evidenciar el estilo de interacción, la familia se observa un tanto molesta y confundida.

Tercera sesión. Se continúa manifestando una constante interacción simétrica, por lo que se utiliza el interrogatorio circular con el fin de evidenciar el conflicto de lealtades en donde se coloca a Miguel, cada que surge una discusión entre los padres. No obstante, las intervenciones no surten efecto, por lo que se les deja una tarea estructurada para realizar en el hogar, que consistía en alternar en días pares y días nones el liderazgo de la familia, dejando libre el séptimo día. Asimismo, durante esta sesión se establece un límite espacial con los niños, colocándolos en frente de los padres y a un lado del terapeuta, intervención que funciona con el Sr. Edmundo quien al final menciona que se había dado cuenta que hay temas que no deben de tratarse frente a los hijos.

Cuarta sesión. El Sr. Edmundo y la Sra. Erika comentaron que no lograron ponerse de acuerdo en la tarea, lo cual, se utiliza para evidenciar la constante interacción simétrica, dando pie, a iniciar el trabajo en familia de origen con el fin de identificar y deconstruir las creencias que hoy los llevan a tener dificultades en la toma de acuerdos. El Sr. Edmundo describe que cuando era niño constantemente buscaba afirmación por parte de su madre, sin embargo ésta exhibía constantes descalificaciones, lo que generó un abierto rechazo hacia ella en la edad adulta, interacción que actualmente reproduce en la relación con su pareja y lleva a exigir a Miguel un lugar en la familia con mayor jerarquía. La familia de origen de la Sra. Karina se caracterizaba por mantener roles tradicionales, en donde la mujer se ocupa de las labores del hogar, de seguridad y

confort emocional, no obstante, ella siempre buscó un lugar de mayor jerarquía, desaprobando el sometimiento ante la figura masculina.

Quinta sesión. Se presentan con los menores a pesar de haber acordado en la sesión anterior que se trabajaría en pareja, ante esto se establece un límite espacial entre el holón conyugal y el holón fraterno moviendo a los niños junto al terapeuta en una primera fase y en una segunda al pedirles que salieran de la sesión para poder platicar con sus padres. Se continúa trabajando familia de origen, en donde, identifican los roles que aprendieron y que siguen reproduciendo en su relación de pareja, lo que genera conflictos por el liderazgo de la familia, por lo que se intenta deconstruir el rol de madre que la Sra. Karina desempeña ante el Sr. Edmundo, asimismo, se intenta deconstruir el rol simétrico que el Sr. Edmundo reproduce ante la actitud de la Sra. Karina, se muestran participativos y reflexivos ante las intervenciones

Sexta sesión. Refieren haber reflexionado sobre los roles que identificaron en su familia de origen, se muestran con mayor conciencia de su responsabilidad para iniciar cambios en su interacción de pareja, lo cual da pie a desarrollar un ejercicio de comunicación en el transcurso de la sesión; durante el mismo, se observó dificultad en el Sr. Edmundo para realizar demandas de tipo afectivo, concretándose a solicitar una mayor disposición para realizar actividades instrumentales en el hogar. Por su parte, la Sra Karina se centró en demandar muestras de afecto y un mejor trato hacia Miguel. El ejercicio resultó confrontador, dado que evidencia sentimientos ambivalentes de amor y de temor al contacto físico por parte del Sr. Edmundo, resultando más fácil expresar el coraje. En esta sesión la interacción entre la pareja se caracterizó por presentar menos interacciones simétricas.

Séptima sesión. El Sr. Edmundo no asiste por motivos laborales, sólo se presenta la Sra. Karina; se hace una valoración del proceso terapéutico, se utiliza la pregunta de la escala de evaluación de 1-10, para comparar las interacciones de la familia en un inicio y hasta ese momento, en donde, 1 es nada satisfactoria y 10 una relación suficientemente satisfactoria, la señora menciona que en general las interacciones han mejorado, situando la relación entre Miguel y Edmundo en

un inicio 3 y actualmente en 6, la relación entre Edmundo y ella de 5 a 7, Ella y Miguel 7 a 8, Edmundo y Erika 7 a 8 y entre Erika y Miguel se mantiene igual. Asimismo, identifica en Edmundo mayor cooperación, tolerancia y control de sus emociones. De igual forma, se intenta identificar y deconstruir el concepto de “normalidad” que utiliza constantemente para estarse evaluando en forma negativa, en relación a otras familias, intervención que es asimilada favorablemente.

Octava sesión. Se presentan ambos miembros de la pareja, se indaga sobre los cambios que percibe el Sr. Edmundo en los últimos meses, en donde, describe que ha notado una mejor relación con Miguel calificándola en un inicio del proceso terapéutico en 2 y actualmente en 6, y con la Sra. Karina describe un avance de 0 a 7. Asimismo, se resaltan los cambios en sus creencias y conductas que han favorecido una mejor relación. Se continúa cuestionando los modelos que utilizan para compararse en forma negativa, lo que da pie a introducir la idea de construir un modelo propio de familia, con menor vulnerabilidad a la crítica. Durante la sesión se muestran con mayor tranquilidad; la presencia de interacciones simétricas ha disminuido notablemente, mostrándose con mayor tolerancia a la diferencia de opiniones entre ellos, dándose un espacio para la reflexión antes de contestar.

Novena sesión. Se realiza la evaluación del proceso terapéutico; ambos reconocen que han logrado comunicarse con mayor calidad, lo cual, ha favorecido una disminución en la frecuencia e intensidad de las discusiones. Identifican el esfuerzo que los dos han hecho para evitar las riñas, como no responder o continuar con las agresiones cuando surge la posibilidad de un conflicto. De igual forma, reconocen que las discusiones por la toma de decisiones se presentan con menor frecuencia, a pesar de no identificar plenamente qué ha ido cambiando. Se prescribe una posible recaída y se normalizan las crisis en el ciclo vital de la familia que podrían presentar en el futuro, haciendo énfasis en que actualmente han descubierto y construido nuevos recursos personales y como familia, que les pueden ayudar a adaptarse favorablemente. Se les pide que resuman el proceso terapéutico en una frase, él finaliza diciendo “Vive y deja vivir” y ella “El respeto al derecho ajeno es la paz”.

Comentarios

La demanda inicial de la familia se cumplió, en la medida que se dio una disminución en los constantes conflictos familiares y mejoró la relación entre el Sr. Edmundo y Miguel, lo cual fue el resultado de la clarificación y definición de los roles, jerarquías y límites en la familia.

El cambio en la autopercepción como familia devaluada, tuvo mayor impacto en la Sra. Karina, quien refirió que ciertas intervenciones del equipo modificaron la forma de percibirse así misma, reconociendo habilidades y cualidades propias.

Uno de los objetivos que requería mayor trabajo era construir una identidad de familia con mayor autonomía y menor vulnerabilidad a la crítica, sin embargo, por falta de tiempo no se pudo concretar.

Una de las líneas de intervención que podría haber continuado sería en la construcción de un proyecto de vida en pareja y posteriormente de familia.

Familia R. L.

Sede Clínica: centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Periodo: septiembre de 2004 a febrero de 2005

Modelo Utilizado: Estructural de Salvador Minuchin

Supervisora: Laura López-Negrete Camou

Equipo terapéutico:

Lic. Álvarez Antillón Iliana G.

Lic. Delgadillo Martínez Ruth

Lic. Hernández Quiñones Mónica B.

Lic. López Cruz Carlos

Lic. Michel Quintero Denisse

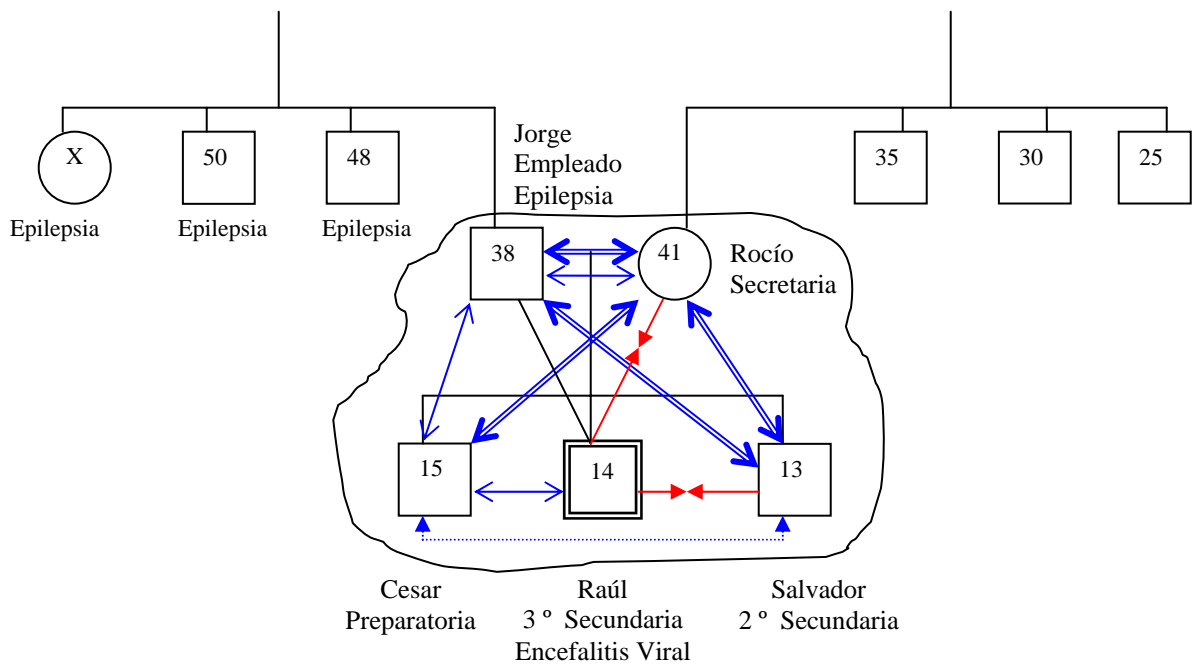
Lic. Murillo Palacios Judith

Lic. Obregón Velasco Nydia

Lic. Ruiz Cortez Marlene del R.

Lic. Vargas Castillo J. Alberto

Familiograma Nº 3



Relaciones en la familia



Vinculación estrecha



Aceptación



Rel. Distante



Rechazo / conflicto

Descripción de la familia

El Sr. Jorge y la Sra. Rocío refieren una relación estable entre ellos, de igual forma describen una relación cordial entre el Sr. Jorge y sus tres hijos, siendo más cercana con Raúl y Salvador. La Sra. Rocío menciona una relación cercana con Cesar y Salvador, a diferencia de Raúl, con quien presenta constantes conflictos. Cesar se encuentra más cercano a Raúl y con mayor distancia de Salvador. La relación entre Raúl y Salvador es conflictiva, presentando constantes riñas que han llegado a involucrar a los demás miembros de la familia.

Ambos padres trabajan por la mañana, la madre se encarga de los quehaceres domésticos, los hijos sólo la apoyan en algunas tareas, conviven por las noches y los fines de semana asistiendo a eventos deportivos en familia.

El contacto con sus familias extensas lo describen como cercano, visitándose con regular frecuencia y brindándose apoyo cuando es necesario.

Motivo de consulta

La Sra. Rocío menciona que a partir de que Raúl desarrolla un cuadro de encefalitis viral, cobra fuerza en ella el miedo de no haber tenido el suficiente cuidado a sus hijos cuando eran pequeños, al dejarlos largos periodos de tiempo solos o al cuidado de personas ajenas a la familia, por lo que una de sus demandas terapéuticas es saber si sus hijos tienen algún conflicto “interno” consecuencia de una mala experiencia en la infancia. Asimismo, refiere que actualmente Raúl es agresivo y rebelde, que en los últimos meses ha manifestado problemas de conducta en la escuela, así como, constantes peleas con Salvador su hermano menor, las cuales suelen ser demasiado agresivas. Por otro lado, nota a Salvador temeroso e inseguro.

El Sr. Jorge coincide con la Sra. Rocío en colocar a Raúl como paciente identificado describiéndolo como demasiado agresivo hacia Salvador, agrega que uno de los factores que los lleva a solicitar el servicio de psicología en este momento, es que el hecho que Raúl haya sufrido un cuadro de encefalitis viral fue una situación muy impactante para ellos, ya que existe la probabilidad de que sus hijos desarrollen epilepsia por predisposición hereditaria.

Objetivos terapéuticos

- ⇒ Que los padres establezcan un trato equitativo entre sus hijos, con el fin de disminuir los conflictos entre estos, a través de generar mayor cercanía entre los padres, marcar mayor distancia en la relación de la Sra. Rocío y Salvador, así como, en la relación del Sr. Jorge y Raúl, al mismo tiempo, cuestionar la relación de sobreprotección que se genera hacia Salvador por ser el hijo menor, situación que se ha presentado en las familias de origen de ambos padres.
- ⇒ Reencuadrar la percepción de la Sra. Rocío de no haber tenido el suficiente cuidado durante la infancia de sus hijos, por una percepción más favorable.

Resumen del proceso terapéutico y cambios observados

Primera sesión. Se presentan ambos padres y los hijos Raúl y Salvador; se favoreció la expresión del motivo de consulta. El Señor y la Señora mencionan los constantes conflictos entre Raúl y Salvador, definiendo al primero como rebelde y agresivo, colocándolo como paciente identificado. Durante la sesión se utilizó el interrogatorio circular con el fin de conocer el patrón de interacción, sin embargo, los adolescentes se mostraron un tanto renuentes a hablar, no obstante, Salvador se observa identificado afectivamente al manifestar llanto ante los estados de tristeza y preocupación de sus padres. Con el fin de generar el enganche terapéutico, se connota positivamente la preocupación de los padres por buscar una mejor educación para sus hijos, se les define como una familia unida y con lados fuertes para encontrar formas más satisfactorias de relación. A la par, se enuncia la opinión del equipo terapéutico al percibir dos grupos; Rocío-Salvador y Jorge-Raúl, que suelen estar en oposición.

Segunda sesión. La madre reporta sentirse mejor por estar atendiendo la parte “emocional” de sus hijos al estar asistiendo al proceso terapéutico, lo que se ha reflejado en mayor tranquilidad en su casa y trabajo. Se intenta jerarquizar las demandas de la familia, al mismo tiempo que se explora con mayor detalle sus lados fuertes, mencionan que ante el miedo a que sus hijos desarrollen epilepsia, han acudido a que les practiquen estudios neurológicos y actualmente se

encuentran bajo tratamiento médico preventivo, asimismo, esto ha llevado a considerar al Sr. Jorge la posibilidad de asistir a una valoración. Ante las medidas preventivas que han tomado, se redefine el miedo como un sentimiento que los lleva a estar alerta y prevenidos ante cualquier eventualidad. Ante esta intervención deciden centrar su demanda en mejorar la relación entre Raúl y Salvador.

Tercera sesión. Asisten sólo los padres, los hijos no se presentan por motivos escolares, se intenta concretar cuáles serían sus expectativas de cambio en la relación de Raúl y Salvador; mencionan que se diera un trato sin riñas, con mayor respeto y cordialidad. Colocan la manifestación del síntoma en Raúl y en menor medida en Salvador. Con el fin de empezar a cuestionar esta creencia, se les nombra como “una familia en etapa adolescente”, en donde padres e hijos están en un proceso de crecimiento y aprendizaje. Asimismo, se define a la familia como el medio en donde los hijos aprenden a competir y a resolver diferencias. Al mismo tiempo, se les devuelve la jerarquía para regular el proceso de autonomía de cada uno de los miembros. Con el fin de fortalecer el holón parental, se hace intensidad en el crecimiento como padres y como pareja, que les permita brindar la libertad necesaria, para lo cual se les ofrece el espacio terapéutico. Se les pide de tarea que conversen entre ellos sobre cómo vivieron su propia adolescencia y lo presenten por escrito la próxima sesión.

Cuarta sesión. Se presentan ambos padres y Miguel el hijo mayor; se inicia revisando la tarea, la Sra. Rocío menciona que ella vivió la adolescencia con confusión, lo cual la lleva a dejar sus estudios; por su parte el Sr. Jorge menciona que en la adolescencia tuvo mucha libertad, la convivencia con su padre era mínima. Al preguntarle a Miguel si sabía cuál era el motivo de consulta, el discurso de la familia vuelve a centrar el síntoma en Raúl, a quien definen como agresivo, asimismo, introducen el tema del miedo, a que Raúl manifieste algún conflicto “interno” que lo torne agresivo, ante esto Miguel menciona una metáfora en donde define a Raúl como una “fiera”, a mayor miedo, incrementa su agresividad. Lo cual, se utiliza para hacer intensidad en descentralizar el síntoma, enviando el mensaje de que es posible que Raúl cargue con los miedos de la familia (el miedo

de la madre de haberlos dejado a cargo de otras personas cuando eran pequeños y la posibilidad de desarrollar una enfermedad neurológica). Se retoma la tarea inicial, para pedirles a los padres que reflexionen sobre lo que necesitaron o hubieran requerido para poder acercarse a sus padres con mayor confianza en la etapa de adolescencia.

Quinta sesión. Se presentó la familia completa, se utilizó el cuestionamiento circular para conocer la opinión de cada uno de ellos sobre la metáfora del miedo en la familia, tema abordado en la sesión anterior. Al preguntar a Raúl la posibilidad de que los miedos no estuvieran presentes, abre un panorama en donde centra el motivo de su agresividad en las diferencias en el trato de sus padres hacia ellos, brindando mayor sobreprotección a Salvador, lo cual hace que éste tome una actitud de provocación, generando en él enojo que lo lleva a actuar con mayor agresividad al sentirse en desventaja, opinión que es secundada por Miguel. Este comentario da la pauta para conectar las interacciones familiares con la familia de origen del padre, en donde éste era sobreprotegido por su madre al ser uno de los hijos menores, de igual forma se conecta con la familia de origen de la Sra. Rocío, en donde ella ocupa un rol parental, manteniendo un fuerte vínculo de cuidado y protección con su hermano menor. Ante lo cual se puede observar que ambos padres reproducen con Salvador, las relaciones que ellos mantuvieron en su familia de origen. Ante esta intervención se hace intensidad en redefinir la conducta agresiva de Raúl de un conflicto “interno” a ser un conflicto interpersonal que incluye la interacción de los padres.

El padre se observa refractario a la intervención, manteniendo la opinión de que Raúl es quien necesita la atención psicológica. Se les pide como tarea que reflexionen, cómo cada uno de los miembros contribuye a la conducta agresiva de Raúl y se propone el espacio terapéutico para analizar tales interacciones.

Sexta sesión. Se presenta la Sra. Rocío y sus tres hijos, justifica la inasistencia del Sr. Jorge por motivos laborales. Asimismo, afirma que en los últimos días a pesar de ser menos frecuentes las riñas, no se siente conforme con la convivencia familiar, durante su discurso se le observa con mayor nivel de ansiedad, refiriendo que no ha logrado encontrar la forma de relacionarse con sus hijos y no percibe el

apoyo de su esposo. Raúl y Salvador por su parte mencionan una disminución en sus peleas, su participación en la sesión es mínima concretándose a responder con frases cortas a las opiniones de su madre. Miguel muestra mayor alianza con ella, apoyando la noción de continuar con el proceso terapéutico.

Séptima sesión. Se presenta sólo la Sra. Rocío, menciona que generalmente es la más preocupada por el bienestar de la familia, haciéndose responsable de la administración económica, de las actividades domésticas, del cuidado de la salud y de las necesidades afectivas. Identificando que su esposo en ocasiones se coloca en una posición de hijo teniendo que realizar sus responsabilidades, lo cual define como una gran carga, sin embargo, lo considera necesario para ser una buena madre. Se reencuadra esta creencia, agregando que una buena madre también es aquella que permite el crecimiento de sus hijos, y tal vez en este momento ellos no desean acudir al servicio de terapia, asimismo, se agrega, que a través de atender sus propias necesidades, podría educar con el ejemplo y enseñarles la auto-responsabilidad. La intención de esta última intervención es quitar el foco de atención a la conducta de Raúl,

Octava sesión. Se presenta la Sra. Rocío, se observa relajada, relata que al final de la sesión anterior llegó a la conclusión de que la única forma de hacerlos crecer es dejarlos que asuman sus propias responsabilidades, por lo que permitió que Raúl dejara de asistir a su actividad deportiva y tomara la iniciativa de ingerir su medicamento, en Miguel que se responsabilizara de sus calificaciones disminuyendo la supervisión a sus tareas; defendiendo menos a Salvador ante los conflictos con sus hermanos. Lo cual, repercutió favorablemente, dado que ha podido apreciar en sus hijos la capacidad de asumir sus obligaciones. Agrega que cada uno empieza a buscar sus propios espacios, disminuyendo los momentos que favorecían las riñas. Reconoce que durante la quinta sesión lograron darse cuenta de la diferencia que existía en el trato hacia sus hijos, lo cual influía en la conducta de todos los miembros de la familia. La Sra. considera que por el momento puede manejar la situación, dando por terminado el proceso terapéutico.

Comentarios

La Sra. Rocío logra cumplir sus demandas iniciales; conocer el motivo de la agresividad de Raúl, atribuyéndola a la diferencia en el trato hacia sus hijos. Consigue reencuadrar el sentimiento de culpa ante la percepción de no haber tenido el suficiente cuidado hacia ellos cuando eran pequeños. Identifica que en la medida en que les permite mayor libertad e interviene menos en sus conflictos, las riñas disminuyen. De igual forma, el estado de salud de Raúl se ha mantenido estable, y en poco tiempo le será retirado el medicamento de sostén.

Una de las limitaciones, fue que no se logró fortalecer el holón conyugal, ya que la Sra. Rocío es quien termina el proceso terapéutico, delegando el Sr. Jorge de acuerdo a su patrón de interacción la responsabilidad de la estabilidad de la familia.

Familia R. G.

Sede Clínica: centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Periodo: 04 de marzo de 2005 al 31 enero de 2006

Modelo Utilizado: Narrativo de Michael White

Supervisora: Nora Rentería

Equipo terapéutico:

Lic. Álvarez Antillón Iliana G.

Lic. Murillo Palacios Judith

Lic. Delgadillo Martínez Ruth

Lic. Obregón Velasco Nydia

Lic. Hernández Quiñones Mónica

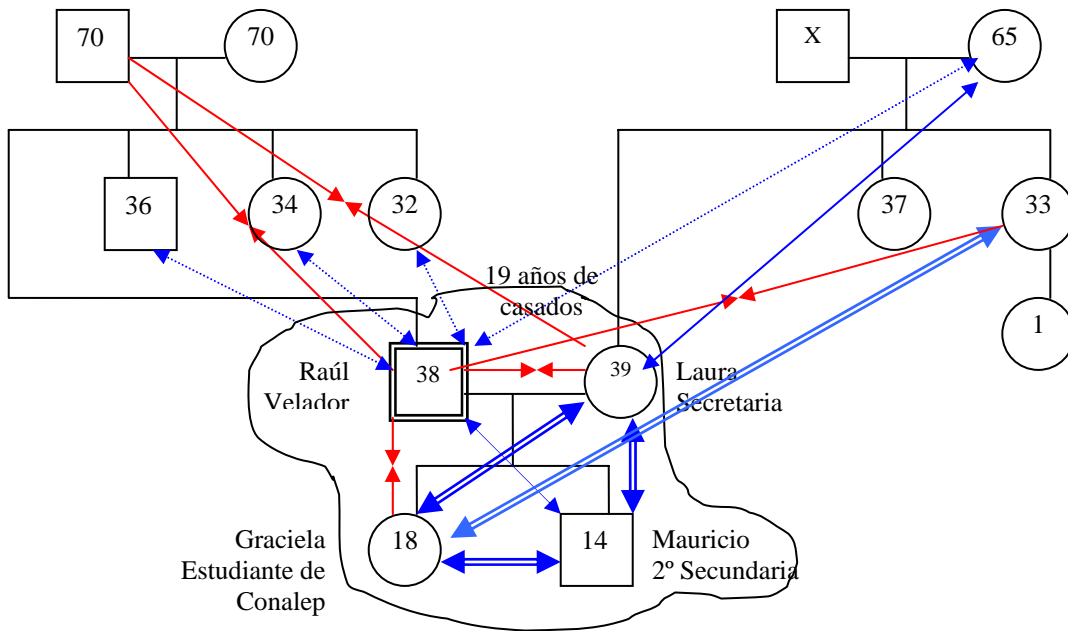
Lic. Ruiz Cortez Marlene del R.

Lic. López Cruz Carlos

Lic. Vargas Castillo J. Alberto

Lic. Michel Quintero Denisse

Familiograma Nº 4



Relaciones en la familia



Vinculación estrecha



Rel. Distante



Aceptación



Rechazo / conflicto

Descripción de la familia

Ambos padres son empleados de una institución educativa, él labora por las noches y ella por las mañanas, la relación entre ellos en los últimos meses se ha tornado distante y con la manifestación de conflictos. La relación entre el señor Raúl y su hija Graciela se caracterizaba por constantes riñas; con Mauricio se ha vuelto distante. Por su parte la Sra. Laura mantiene una relación cercana con ambos hijos, lo cual propicia que, cuando se da un conflicto entre los padres, se genere una coalición de la madre e hijos contra el padre.

La relación con la familia del Sr. Raúl es distante como consecuencia de una riña, con manifestaciones de violencia física, entre éste y su padre. De igual forma la relación con la familia extensa de la Sra. Laura es distante.

Motivo de consulta

Se presentan todos los integrantes de la familia, describiendo que hace aproximadamente un mes tuvieron un conflicto entre ellos, el cual se salió de control haciendo uso de conductas violentas.

Describen que el señor Raúl al llegar a casa, se percata que la comida que había preparado para su familia no había sido consumida y dado que él es responsable de la preparación de los alimentos, la situación le irrita, iniciando la discusión con Graciela, quien desconfirma sus reclamos, en respuesta a su actitud él destruye su teléfono celular, a lo que ella reacciona rociando tinta para zapatos a la ropa de él, además de romper las llantas y faros de su bicicleta; ante esta situación interviene la Sra. Laura golpeando y amenazando con un *cutter* al Sr. Raúl, quien únicamente esquiva los golpes, sin embargo, las insulta de una forma que describen como fuera de lo común y en donde se percibía bastante irritado. Por su parte Mauricio, se mantiene llorando y decide salir a pedir ayuda a unos vecinos que intervienen para detener el conflicto, él describe la situación como un momento de confusión pues pensaba que si su papá le pegaba a su mamá tendría que intervenir. En consecuencia, la señora considera que han llegado a una situación bastante estresante y que les ha hecho replantearse su forma de convivencia, considerando que es importante solicitar ayuda profesional para no llegar a lastimarse.

El Sr. Raúl refiere que uno de los principales problemas es la relación con Graciela, debido a que no coopera en los quehaceres de la casa, ha reprobado materias en la escuela y se la pasa platicando con sus amigas, y cuando él le llama la atención, ella le responde en forma agresiva o descalificando sus comentarios, aunado a que en ocasiones la Sra. Laura interviene haciendo alianza con Graciela, pasando por alto lo que él considera importante corregir. Esta situación hace sentir al Sr. Raúl como poco valorado, a pesar de que considera que ha hecho un gran esfuerzo por cumplir con sus obligaciones parentales.

Así mismo, describe la Sra. Laura que hace aproximadamente ocho meses tuvieron un conflicto con el papá del Sr. Raúl, quién agrede físicamente a la Sra. Laura, ante lo cual, el Sr. Raúl tuvo que intervenir golpeándolo, lo cual originó entre las familias un distanciamiento dejando de tener comunicación

Objetivos terapéuticos

- ⇒ Que la familia identifique relatos alternativos, en donde, construyan interacciones sin violencia
- ⇒ Que el Sr. Raúl identifique tramas alternativas, en donde, se defina como un varón diferente, sin hacer uso de la violencia como medio de relación.
- ⇒ Que la Sra. Laura ponga en práctica relatos alternativos que la lleven a expresar los sentimientos de ira en forma constructiva, sin recurrir a la violencia.

Resumen del proceso terapéutico y cambios observados

Primera sesión. Se observó que existe un fuerte vínculo entre la Sra. Laura, Graciela y Mauricio, los cuales tienen constantes conductas de desconfirmación hacia el Sr. Raúl, lo que en el mes pasado generó un conflicto con conductas violentas entre ellos. De igual forma, cuando éste intenta imponer medidas disciplinarias a sus hijos, sus acciones son descalificadas por la Sra. Laura, al negar sus comentarios. Ante esto, se intentó que la familia reconociera como la violencia estaba presente en cada uno de sus miembros, a través de identificar el tipo de conductas que cada uno utiliza y que pueden ser dañinas para el otro.

Asimismo, se externalizó los efectos de la presencia de la violencia, en donde, se les sugirió que tenían que colaborar como un equipo para no permitirle el paso hacia el interior de la familia. De igual forma, se estableció un contrato de no violencia durante el proceso terapéutico, lo cual era una condición para continuar con las sesiones. Así mismo, se reconocieron sus intenciones, ganas y compromiso para buscar formas de relación más satisfactorias.

Segunda sesión. Se presentó sólo el Sr. Raúl y la Sra. Laura, reportaron que establecer el contrato de no violencia favoreció que se interrumpieran las interacciones violentas, asimismo, haber asistido a la primera sesión introdujo en ellos tranquilidad y una actitud de cooperación, ante esto se resaltaron los acontecimientos extraordinarios que sucedieron durante este periodo de estabilidad. Se externalizaron los sentimientos que llevan a la Sra. Laura a comportarse en forma violenta, tales como la inseguridad, el miedo y los celos, a los cuales define como unos “monstruos” que se acompañan y que se nutren entre sí, dado que existe un antecedente de una relación extramarital por parte del Sr. Raúl. Ante esto se intentó fortalecer a la pareja como un equipo en contra de esos monstruos que se apoderan de la familia. Por su parte el Sr. Raúl logró identificar que la violencia se apodera de él cuando no se siente escuchado o tomado en cuenta. En el mensaje final del equipo terapéutico, se abre la posibilidad de seguir hablando de todos esos “monstruos” que se apoderan de la familia o de empezar a construir un nuevo proyecto de vida en donde estos no estuvieran presentes, eligiendo la primera opción, por lo que se les pide que en casa reflexionen y anoten por separado qué es lo que debería de abordarse en las siguientes sesiones.

Tercera sesión. Se presenta el Sr. Raúl y la Sra. Laura, se observan con un buen estado de ánimo, inician describiendo que en los últimos días se han mantenido tranquilos, sin presentar problemas de violencia, que han recobrado espacios de esparcimiento como pareja. Se retoma la conversación externalizante de la sesión anterior, en donde la Sra. Laura refiere ya no querer hablar del pasado y mejor centrarse en su presente y en su futuro, que ha logrado enterrar a “los monstruos de la inseguridad y los celos”, ante esto se le brinda un acompañamiento a través de un interrogatorio que le permita recobrar su agencia personal. Se continua

explorando las expectativas que cada uno tiene respecto al proceso terapéutico, ambos expresan diferentes intereses, uno que resulta común entre los dos, es querer mejorar la relación entre el Sr. Raúl y su padre, que meses antes, presentaron un conflicto, en donde se agredieron físicamente. A este respecto, el mensaje final del equipo lleva la intención de enunciar la posibilidad de que cada uno tiene un tiempo diferente para poder iniciar una reconciliación, sin embargo, el Sr. Raúl mantiene la expectativa de que los dos tendrían que presentarse ante sus padres, no obstante, la señora menciona que en este momento no se siente preparada para reiniciar la relación.

Cuarta sesión. Sólo se presenta el Sr. Raúl, justifica la inasistencia de la Sra. Laura por motivos laborales, refiere que durante los últimos días la familia se ha mantenido estable, sin presentar eventos de violencia, reportando que ha tenido mejor comunicación con Graciela y su esposa. Por lo que decide dar prioridad al conflicto que ha presentado con su padre, reflexionando sobre las consecuencias y las dificultades que habría en la relación con su esposa, si decide reiniciar la relación con éste. De igual forma se trazó el mapa de los efectos de la violencia en la vida de la familia, reconociendo que ésta ha estado presente desde su familia de origen, lo cual dio pauta a iniciar la deconstrucción del relato dominante que define su masculinidad, dando paso a un relato alternativo de varón, con la misma fuerza, pero sin violencia en sus interacciones. Asimismo, se exploró los paisajes alternativos de la acción y de la conciencia, logrando encontrar contratramas que no incluyen la violencia en sus interacciones.

Quinta sesión. Se continua presentando sólo el Sr. Raúl, refiere que se han mantenido las buenas relaciones entre los miembros de la familia; se continuó explorando los paisajes alternativos de la acción y de la conciencia que le permiten construir relatos que favorecen mejores relaciones con sus hijos y su esposa. Asimismo, se continuó trabajando en la construcción de tramas que no incluyen la violencia en sus interacciones. No obstante, aun mantiene la duda si el dar el primer paso en la reconciliación con su padre, podría afectar la relación con su esposa, ante lo cual, se acompaña en la reflexión de las diferentes posibilidades.

Se realiza una evaluación a través de la pregunta de la escala con el fin de evaluar la percepción del Sr. Raúl con respecto al proceso terapéutico, en donde, reporta avances considerables.

Sexta sesión. Se presenta el Sr. Raúl y la Sra. Laura, refieren que ha continuado el periodo de estabilidad en la familia, ella menciona que ha logrado identificar cambios en el Sr. Raúl, ante lo cual, se explora los paisajes de la acción y de la conciencia que involucran a la Sra. Laura, con el fin de que identifique las tramas alternativas que invitan al Sr. Raúl a realizar y mantener su cambio de actitud. Mencionan sentirse satisfechos con los avances realizados, refieren que para poder dar por concluido el proceso sólo tendrían que reanudar la relación con el padre del Sr. Raúl; se les acompaña en la reflexión y exploración de cómo se darían cuenta que están listos para propiciar el acercamiento, ante lo cual, reconocen qué ya saben que tienen que hacer y cómo se van a dar cuenta, que sólo es cuestión de tiempo, por lo que, se acuerda una sesión más de seguimiento en seis meses.

Séptima sesión. Se presentan el Sr. Raúl y la Sra. Laura, se realizó la evaluación del proceso terapéutico; ambos refieren que se han mantenido sin presentar eventos de violencia, que se conservan los cambios de actitud de los integrantes de la familia. Se inicia una revisión de las intervenciones más significativas para ellos, ante lo cual, refieren que el haber hablado de los sentimientos que les lastimaban les permitió librarse de ellos y mantener a los “monstruos” de los celos y la ira fuera de su vida. Asimismo, se resaltó la trama alternativa que los define como una pareja con un fuerte vínculo afectivo. Refieren que han reanudado las relaciones con el padre del Sr. Raúl, lo cual les hace sentir mayor tranquilidad, no obstante, la Sra. Laura reconoce que aun mantiene ciertas reservas ante una total reconciliación, no obstante, consideran que están listos para terminar con el proceso terapéutico ya que el motivo de consulta ha desaparecido, pues han logrando manejar sus emociones de forma que no se manifiesten en conductas violentas.

Comentarios

La familia cumple con su demanda principal de disminuir las conductas violentas entre sus integrantes, logrando reconocer que sentimientos como la ira y los celos se manifestaban en agresiones, consiguiendo encontrar formas alternativas de relación sin violencia.

Identifican que un tema que faltó abordar en el proceso terapéutico, son ciertas conductas que el Sr. Raúl no aprueba de Graciela y que éste considera imita de una tía materna, no obstante, creen que pueden manejarlo, por lo que se da por concluido el proceso terapéutico.

Conclusión del trabajo clínico

Una de las ventajas de la residencia en terapia familiar es que cuenta con un alto número de horas de supervisión clínica, característica que permite adquirir una mayor destreza en la conceptualización teórica y la aplicación de las técnicas de intervención.

El trabajo clínico con supervisión directa, y el equipo detrás del espejo brinda al terapeuta en formación, la posibilidad de un aprendizaje integral.

Por un lado, el trabajo en equipo, genera diferentes perspectivas de un mismo problema, y por tanto, amplía las estrategias de intervención, ejercicio que lleva al terapeuta a integrar la habilidad de ver un problema desde diferentes aspectos.

Por otro lado, el equipo brinda contención emocional ante problemas que llegan a ser de gran complejidad, al mismo tiempo, que sirve de apoyo para identificar puntos ciegos o dificultades en donde la historia del terapeuta pueda estar interfiriendo.

3.2 Habilidades de investigación

Uno de los objetivos de las residencias en terapia familiar, es formar profesionales en el campo de la psicología de la salud con herramientas sólidas en el ámbito de la investigación, que les permita contribuir al desarrollo del campo clínico y sustentar metodológicamente su quehacer terapéutico.

Para lo cual, en el programa de formación académica se incluyen las materias de Métodos de Investigación I y II, que se cursan en los primeros semestres y tienen como objetivo desarrollar dos proyectos de investigación sustentados en las premisas de la investigación cualitativa y cuantitativa; y que a su vez respondan a las necesidades de la población que está siendo atendida. A continuación se presentan los productos de investigación desarrollados en este periodo.

3.2.1 Reporte de investigación utilizando metodología cuantitativa

Análisis de confiabilidad y validez del instrumento de Comunicación Familiar para su aplicación a población mexicana adolescente

Marco A. Toquero H., Carlos López H. y Javier Aguilar V.

El funcionamiento familiar ha sido un área que en los últimos 30 años ha ido tomando relevancia para los investigadores de la familia, principalmente en países como Estados Unidos de Norteamérica, en donde han desarrollado modelos teóricos que han servido de base para desarrollar escalas de medición confiables y con un buen nivel de validez. Sin embargo, en México es poco frecuente la generación de instrumentos que cubran este tipo de criterios, careciendo de las herramientas para diseñar tratamientos de intervención con mayor apego a las necesidades de la población, siendo los adolescentes por la etapa de transición en que se encuentran, un sector con mayor vulnerabilidad ante problemas como la desintegración familiar, la violencia familiar, las adicciones, entre otros.

Con el fin de vincular el conocimiento generado por la residencia en terapia familiar con las necesidades de la población, el objetivo de la investigación fue adaptar el instrumento de comunicación familiar de Barnes y Olson (1982), a población mexicana en la etapa de adolescencia; para lo cual se sometió a un análisis de confiabilidad, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach mayor a

0.9. Asimismo, para obtener su validez se correlacionó con los instrumentos FACES II diseñado originalmente por Olson, Sprenkle y Russell, (1979) y el de Satisfacción Familiar elaborado por Olson y Wilson (1982), mostrando entre los factores de los tres instrumentos correlaciones positivas entre sí, cargando la mayoría en un rango medio y alto (Ver anexo 1).

3.2.2 Proyecto de investigación utilizando metodología cualitativa

Análisis del discurso narrativo de varones que han realizado conductas de agresión sexual a mujeres adultas

Marco A. Toquero H. y Dolores Mercado C.

En México existe un alto índice de violencia familiar, diariamente se presentan entre 9 y 13 denuncias por violación y abuso sexual, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), informó que durante 2005 se presentaron mil 236 denuncias, de las cuales 485 fueron por violación y 781 por abuso sexual (Vallejo, 2006).

No obstante, a pesar de ser un delito con una alta incidencia, las instituciones encargadas de la readaptación social, no cuentan con programas de atención en las áreas de psicología, careciendo de los elementos mínimos para proponer alternativas de intervención ante la población generadora de violencia sexual.

En países más desarrollados, hasta hace algunos años los programas implementados hacia la atención de hombres generadores de violencia sexual, se centraban en una epistemología de corte positivista, las cuales suelen considerar a las conductas de agresión sexual como: enfermedades, traumas, aberraciones o distorsiones cognitivas. Sin embargo, algunas investigaciones que se han realizado desde el marco del construccionismo social (Auburn y De Susan, 2003), han permitido observar que este tipo de intervenciones tienden a reducir la responsabilidad de los hombres generadores de violencia, construyendo una serie de discursos o narrativas que socialmente tienden a minimizar y a evitar la responsabilidad de las consecuencias de sus acciones.

En nuestro país existen pocas investigaciones respecto a las personas generadoras de violencia sexual; y generalmente convergen con la teoría psicoanalítica (Lazarini, 1996) y modelos psicopatológicos (Herrera-Hernández,

Marván, Saavedra y Contreras, 1992). Por tanto, el poder realizar investigaciones enmarcadas en la teoría socio-construccionista facilitaría la elaboración de programas de intervención clínica con mayor apego a las características, creencias y costumbres de la cultura mexicana y responder a las necesidades de la población que se encuentra en los centros penitenciarios cumpliendo alguna condena por la comisión de violencia sexual.

En este contexto, surge la idea de elaborar un proyecto de investigación con la finalidad de analizar el contenido del discurso del agresor sexual de mujeres adultas, a través de una entrevista semi-estructurada, que permita conocer las narrativas relacionadas al concepto de mujer, agresión sexual y aquellas características que debería contener un programa de intervención que les sea atractivo para integrarse al mismo, con el fin de sentar las bases para construir programas de intervención que se aproximen, lo más posible a la realidad de los hombres generadores de violencia sexual (Ver anexo 2).

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.

3.3.1 Presentación de productos tecnológicos en apoyo a la docencia y formación de terapeutas.

Elaboración de la página *Web* del programa de Teorías y Modelos de intervención II⁶

Durante el segundo semestre se cursó la materia Teorías y Modelos de Intervención II, en donde el objetivo era conocer, analizar y discutir los diversos enfoques teóricos y metodológicos del modernismo y posmodernismo.

Sin embargo, ambos movimientos han nacido con una mínima diferencia en el tiempo, compartiendo conceptos y teniendo semejanzas entre sí, lo cual genera que en ocasiones resulte difícil diferenciarlos, surgiendo así la necesidad de recuperar material bibliográfico que proporcione las bases históricas y conceptuales que faciliten la introducción al tema.

En respuesta a esta necesidad surge la idea de diseñar y elaborar una página Web que contenga los materiales revisados en el curso, lo cual favorece una mejor organización de la información, así como, la disponibilidad para ser consultada por las nuevas generaciones de la Residencia en Terapia Familiar.

La presentación del trabajo, se inicia con una introducción a través del libro de Feixas y Villegas; *Constructivismo y Psicoterapia (2000)*, en el cual, plantea los antecedentes históricos y filosóficos, así como, el desarrollo y la influencia que ha tenido en las diversas modalidades de psicoterapia cognitivo conductual y las escuelas interaccionales de terapia familiar.

Posteriormente se retoma a Efran J. y Fauber R. (en Neimeyer y Mahoney, 1998) a través de un artículo que responde a preguntas como el papel del lenguaje y las emociones dentro de la postura constructivista radical. Por su parte, Lyddon W. (1998), retoma las diferentes formas y facetas de la psicología constructivista enunciando los diferentes movimientos paralelos que han surgido dentro de la misma teoría.

⁶ La página *Web* se encuentra en formato de disco compacto y forma parte del acervo documental de la coordinación de la Residencia en Terapia Familiar de la facultad de psicología, UNAM.

Neimeyer y Mahoney (1998), a través del artículo: "Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras", de su libro *Constructivismo en Psicoterapia* intenta esbozar una metateoría del constructivismo integral, con el fin de plantear una teoría que permita integrar las diversas corrientes que han surgido dentro de sí misma.

Asimismo, se revisan algunos artículos dentro de las corrientes narrativas que hacen énfasis en la construcción hermenéutica de significados, enfocados a la terapia de corte cognitivo conductual y al desarrollo de una metodología de tipo cualitativa y cuantitativa que de acuerdo a los autores, permita dar una mayor coherencia a la práctica narrativa.

La última sección de los artículos plantea el surgimiento de la teoría construccionista social, en donde se hace énfasis en la construcción de realidades a través del lenguaje y la conversación, este movimiento se caracteriza por restar importancia al sistema nervioso como el principal interpretador y constructor de la realidad, para centrarse en el lenguaje como el vehículo para construir la realidad social.

Así mismo, se propone conocer la aplicación práctica de los conceptos de las teorías constructivistas y construccionistas, a través de la revisión de investigaciones recientes, que se han realizado en temas como el proceso de duelo, la aplicación de la terapia narrativa en el trabajo con adolescentes y un acercamiento narrativo al agresor sexual.

Esta labor es el esfuerzo de los 11 integrantes de la generación 2004-06 de la residencia en terapia familiar, quienes elaboraron las presentaciones, mi participación se limitó a recuperar los trabajos, jerarquizarlos, ordenarlos, diseñar y elaborar la página *Web* que permitiera recuperar en forma breve y práctica la información para su consulta (ver anexo 3).

Elaboración de la página *Web* de los instrumentos de evaluación familiar elaborados en la asignatura de Medición y Evaluación I y II⁷

Durante el primero y segundo semestre se curso la materia de Medición y Evaluación I y II, respectivamente, en donde el objetivo fue brindar al alumno las herramientas metodológicas en la elaboración de instrumentos de cuantificación y análisis de datos, cubriendo los requisitos de confiabilidad y validez. Asimismo, el propósito implícito es poder aplicar estos conocimientos en respuesta a las necesidades de la población mexicana.

Algunas de las dificultades que reportan las familias con mayor frecuencia, es el tránsito por la etapa de adolescencia de los hijos, pues es aquí, en donde la familia desempeña un papel central en aspectos tan esenciales como la formación de la identidad, la adquisición de autonomía y en términos generales, en el ajuste psicosocial del adolescente. Sin embargo, es también, un periodo en donde se presentan conductas de riesgo, como el consumo de drogas, conductas delictivas o prácticas sexuales sin precaución, por lo que surge la necesidad de contar con instrumentos que permitan evaluar el grado de recursos y dificultades que presentan las familias durante este momento.

La residencia en terapia familiar, generación 2004-06, en respuesta a esta necesidad realizó el estudio de confiabilidad y validez para población mexicana de algunos instrumentos propuestos bajo el modelo de Estrés Familiar durante la Adolescencia (modelo E.F.A.; citado en Musitu, Buelga, Lila y Cava, 1995), que permite evaluar el mayor o menor grado de vulnerabilidad del adolescente y del sistema familiar.

Sin embargo, era importante también contar con un mecanismo que permitiera la recuperación de la información en forma rápida y práctica, surgiendo así, la idea de crear una página *Web* que facilitara una rápida consulta de los instrumentos desarrollados, contribuyendo así al acervo bibliográfico de la residencia en terapia familiar. Los trabajos que se incluyen son los siguientes:

⁷ La página *Web* se encuentra en formato de disco compacto y forma parte del acervo documental de la coordinación de la Residencia en Terapia Familiar de la facultad de psicología, UNAM.

Estudios de confiabilidad

- ⇒ Estudio de confiabilidad de la escala de comunicación familiar.
Autores: Barnes y Olson (1982).
Adaptación: Toquero Hernández Marco Antonio y Cruz Hernández Carlos.
- ⇒ Estudio de confiabilidad del instrumento: Evaluación de las relaciones familiares.
Autores: Olson, Portner y Bell, (1978 citado, en Musitu, Buelga, Lila y Cava, 1995).
Adaptación: Álvarez Antillón Iliana G., Delgadillo Martínez Ruth, Hernández Quiñones Mónica y Ruiz Cortez Marlenne del Rocío.
- ⇒ Adaptación mexicana del Cuestionario de Afrontamiento Familiar (CAF). Estudio de confiabilidad.
Autores: Mc Cubbin, Olson y Larsen (1981, citado en Musitu, Buelga, Lila y Cava, 1995).
Adaptación: Michel Quintero Denisse y Velasco Obregón Nydia.

Estudios de Validez

- ⇒ Estudio de validez del Cuestionario de comunicación familiar de Olson y Wilson (1982).
Adaptación: Toquero Hernández Marco Antonio y Cruz Hernández Carlos
- ⇒ Estudio de Validez de los instrumentos: Afrontamiento familiar (Cubbin, Olson y Larsen, 1981), funcionamiento familiar (Olson, Portner y Lavee 1985) y autoestima (García y Musitu, 1999), (citados en Musitu, Buelga, Lila y Cava, 1995)
Adaptación: Michel Quintero Denisse y Velasco Obregón Nydia
- ⇒ Estudio de Adaptación, Confiabilidad y Validez del Cuestionario de Satisfacción Familiar (Olson y Wilson, 1982), en población Mexicana
Adaptación: Murillo Palacios Judith y Vargas Castillo José Alberto.
- ⇒ Estudio de validez del instrumento: Escala de evaluación del sistema familiar (Olson, Portner y Berll 1978, citado en Musitu, Buelga, Lila y Cava, 1995).
Adaptación: Álvarez Antillón Iliana G. y Ruiz Cortez Marlenne del Rocío.

La adaptación de los instrumentos es el esfuerzo de los diez integrantes de la generación 2004-06 de la residencia en terapia familiar, mi participación se limitó a recuperar los trabajos, jerarquizarlos, ordenarlos, diseñar y elaborar la página *Web* para su consulta (ver anexo 4).

3.3.2 Programas de intervención comunitaria

Taller

“Construyendo la otra cara de la violencia”

Nydia Obregón V. y Marco A. Toquero H.

El taller “Construyendo la otra cara de la violencia” se desarrolló en una primera emisión con siete internos de la población del Centro de Readaptación Social Varonil, quienes se encontraban compurgando el delito de robo y lesiones, ante los cuales habían sido generadores de violencia. Y en una segunda emisión se realizó con nueve internos del Centro de Rehabilitación Psicosocial, los cuales cumplían condenas por los delitos de robo, violación y homicidio.

El objetivo fue facilitar un espacio en donde ellos pudieran analizar y reflexionar sobre sus conductas violentas hacia su entorno, así como la posibilidad de construir formas de interacción sin violencia. El taller estuvo sustentado en un marco teórico construccionista social, retomando las ideas de Anderson (1997), quien hace énfasis en la creación de la realidad a través del lenguaje y la conversación. La estrategia y la técnica utilizada se incorporó del trabajo de White (1995), en donde sus premisas principales son: a) que los varones generadores de violencia asuman su responsabilidad por haber perpetrado el maltrato, b) desarrollen una comprensión de las experiencias de las víctimas del maltrato (en primer lugar reconociendo los efectos del abuso del que fueron objeto ellos, dada la minimización que hacen de éste) y c) establecer una cabal estimación de los efectos del maltrato sobre las vidas de las personas que fueron víctimas de él, sino hubiese una reparación. Se adoptó una postura colaborativa de acuerdo a la conceptualización de Anderson (1997), quien enfatiza la importancia de mantener una actitud de igual a igual, caracterizada por una escucha atenta, cálida, de aceptación e incertidumbre.

Objetivo General: Favorecer a la población del Centro de Readaptación Social Varonil, el medio propicio que les permita analizar y reflexionar sobre sus conductas violentas hacia su entorno, así como la posibilidad de construir formas de interacción sin violencia.

Duración: 15 horas distribuidas en 5 sesiones de 3 horas.

Dirigido a: Internos del Centro de Readaptación Social Varonil y del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Población: En la 1ª emisión en el Centro de Readaptación Social Varonil, hubo un total de 7 participantes, la edad promedio fue de 26 años; los siete habían tenido ingresos previos a prisión, 5 cumplían el delito de robo, 1 el delito de lesiones y 1 los delitos de robo y lesiones; 4 tenían escolaridad de preparatoria inconclusa y tres de secundaria; 4 provenían de familia integrada, 2 de familia desintegrada y 1 de familia reconstituida.

En la 2ª emisión, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, participaron 9 internos con una edad promedio de 31.5 años; sólo uno tenía ingresos previos a prisión, 3 cumplían el delito de homicidio en parentesco, 1 homicidio simple, 2 por delitos sexuales, 1 por robo y 2 por los delitos de lesiones y violencia familiar. 2 tenían escolaridad de primaria, 5 de secundaria, 1 de preparatoria inconclusa y 1 con licenciatura incompleta.

Objetivos específicos:

- Que el participante distinga la diferencia entre agresividad, violencia, y tipos de violencia.
- Que el participante identifique los componentes (afectos, pensamientos, conductas y medio social), relacionados a la manifestación de conductas violentas hacia la familia.
- Que el participante reconozca las creencias culturales y familiares que ilegitimizan el acto violento.
- Que el participante reconozca los efectos del maltrato recibido y así el impacto de su conducta violenta en otros.

- ⇒ Que el participante construya formas de interacción alternativas que no incluyan la violencia como forma de relación.

Temáticas:

a) Conductas violentas

- ⇒ Conceptos de violencia y agresión.
- ⇒ Diferencias entre los conceptos antes mencionados.
- ⇒ Identificación de componentes afectivos, cognitivos, conductuales y contextuales en el acto violento.

b) La violencia como un acto social construido

- ⇒ Género como una construcción social: relatos dominantes que enjaulan a los géneros.
- ⇒ Conceptos de rol, rol sexual y género.
- ⇒ El género como una construcción social.
- ⇒ El poder y el padecer masculino: creencias y actitudes que legitiman la conducta violenta.

c) Experiencias de recepción y generación de violencia: sus efectos.

- ⇒ Minimización de las experiencias de maltrato en los varones. La importancia de no hacerlo.
- ⇒ Identificación de eventos donde se haya recibido maltrato. Reconocimiento de los efectos del mismo.
- ⇒ Apreciación del impacto de la violencia que infligieron a otros.

d) Alternativas de interacción sin violencia

- ⇒ Identificación de las historias dominantes: actitudes y creencias asociadas a la conducta violenta.
- ⇒ Construcción de una historia alternativa.

Conclusiones:

Primera emisión.

Facilitadores: Nydia Obregón V. y Marco A. Toquero H.

Durante el desarrollo de este primer taller, se logró el objetivo de generar un espacio que permitiera a los participantes narrar historias de maltrato y violencia que habían vivido en el pasado, identificando los sentimientos de coraje, ira y rabia que ellos habían experimentado, así como, los sentimientos de culpa, remordimiento y tristeza por haber violentado a otros. Generando que al recontar sus relatos intercambiaran experiencias con sus compañeros logrando construir formas alternativas de interacción sin violencia, contribuyendo a una nueva definición de sí mismos.

Se observó el tránsito de un discurso esencialista acerca de la violencia, en donde se utilizaban frases como: “somos impulsivos” “necesitamos control” “somos explosivos” a un discurso relacional y contextual que incluye la toma de responsabilidad por sus conductas violentas: “no hay que echarle la culpa a la familia, también somos culpables, no se nace con la violencia se aprende”.

Segunda emisión

Facilitador: Marco A. Toquero H.

Durante esta segunda emisión se presentaron condiciones diferentes, se pudo observar que el discurso, las actitudes y la expresión de inquietudes en temas como sexualidad y homosexualidad surgían en forma constante, lo que facilitó trabajar en la deconstrucción de algunos mitos de la masculinidad.

Al inicio del taller se escuchaban frases como: “cuando me enojo no me puedo controlar” “ellos provocaron mi violencia” “en el barrio saben que soy ágil y rápido y que si me peleo trato de ser letal”; sin embargo, durante el desarrollo de las sesiones, se introduce el concepto de violencia como un comportamiento aprendido, relacionándolo con actitudes y costumbres adquiridas en la familia, ante lo cual, se muestran reflexivos, iniciando el relato de historias en donde habían sufrido abuso y a su vez situaciones en las cuales lo habían cometido.

Un elemento importante en el taller, fue hacer evidente la interacción entre varones, pues aquí cabe mencionar que algunos participantes con mayor nivel de intervención y actividad, manifestaban dificultad para respetar los límites hacia

compañeros con actitudes más pasivas, argumentando que se trataba de un grupo de “hombres” y esa era una forma aceptada de interacción entre ellos; ante lo cual, se redefine al mismo, como un “grupo de hombres” con diferencias y necesidades particulares, lo que es secundado por algunos integrantes, abriendo la perspectiva de construir una historia alternativa de masculinidad, en donde se incluyera el respeto a las diferencias, sin recurrir a la búsqueda del control, validando una nueva forma de interacción; intervención que es tomada adecuadamente por los participantes, quienes expresan que hasta ese momento no habían considerado la posibilidad de construir formas alternativas de relación entre varones, sin la búsqueda de competencia.

De acuerdo a la experiencia obtenida en estos dos talleres; se considera que la postura colaborativa ofrece la posibilidad de acceder a este tipo de poblaciones “etiquetadas” como resistentes en una forma que permite construir historias alternativas y formas de relación más satisfactorias, modelando una relación en la cual no está presente el poder y el control.

Asimismo, desarrollar el taller en un contexto penitenciario, caracterizado por creencias estereotipadas respecto a los géneros, promovió que los facilitadores dieran cuenta de la flexibilidad que se requiere para insertarse en los diferentes campos del quehacer clínico y reconocer la posibilidad de cuestionar sus propias preconcepciones y reafirmar sus creencias acerca de las personas como seres con recursos y potencialidades.

La impartición de este taller resultó ser una experiencia enriquecedora en cuanto que permitió llevar a la práctica los conocimientos y habilidades clínicas de los modelos posmodernos, adquiridos durante la formación, teniendo la posibilidad de aplicarlos en un contexto con características diferentes.

3.3.3 Reporte de la presentación del trabajo realizado (clínico y/o de investigación) en foros académicos

Primera jornada clínica. Presentación de caso Clínico

Facultad de Psicología UNAM 15 de agosto de 2005

La “Primera Jornada Clínica” se llevó a cabo en la sala: “Maria Luisa Morales” ubicada en el edificio “C” de la Facultad de Psicología.

El objetivo era dar a conocer el trabajo realizado por la residencia en terapia familiar, hacia la comunidad de ex-alumnos, alumnos de tercer semestre y alumnos de recién ingreso, con el fin de retroalimentar y enriquecer el quehacer profesional de los terapeutas familiares.

Las exposiciones estuvieron apegadas a los principios éticos de confidencialidad, cuidando que todos los asistentes estuvieran relacionados al campo de la salud mental, con el fin de evitar el mal uso de la información.

La presentación, consistió en la aplicación del modelo Narrativo de White en un caso de violencia familiar, se diseñaron siete diapositivas en *PowerPoint* (Ver anexo 5), en donde se expuso la dinámica familiar, los efectos del problema en la vida de las personas y el desarrollo de las principales intervenciones en el proceso terapéutico, concluyendo de acuerdo a la experiencia clínica obtenida, con las técnicas e intervenciones que tuvieron mayor impacto en la familia.

XIII Congreso Mexicano de Psicología.

“La interfaz entre formación y práctica profesional: el impacto social del psicólogo”. Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología del 19 al 21 de Octubre de 2005.

La presentación tuvo lugar en la mesa de “Talleres de intervención comunitaria de la maestría con residencia de terapia familiar de la UNAM”; con la ponencia, “Enfoques posmodernos: intervención comunitaria con hombres generadores de violencia”

El propósito de la participación fue dar a conocer el trabajo de intervención comunitaria que se desarrolló en el programa de maestría y doctorado con residencia en terapia familiar, con la presentación del taller “Construyendo la otra cara de la violencia”, en donde el objetivo del taller era favorecer un espacio a los

internos del Centro de Readaptación Social Varonil que les permitiera analizar y reflexionar sobre las conductas violentas hacia su entorno con la posibilidad de construir formas de interacción sin violencia.

Se realizó una presentación en *PowerPoint*, con 11 diapositivas (Ver anexo 6), las cuales contienen el marco teórico, los objetivos, contenidos temáticos y conclusiones del taller.

Conclusiones

La participación en este tipo de foros, permite desarrollar las habilidades necesarias para comunicar los resultados de investigaciones o líneas de intervención, ya que es una parte importante en la formación del terapeuta familiar; el intercambio académico permite mantenerse en constante formación y actualización; necesaria para la investigación y práctica clínica.

Asimismo, el taller “Construyendo la otra cara de violencia”, fue desarrollado en el área penitenciaria, la cual, actualmente enfrenta una crisis en materia de atención psicológica, ocasionada por problemas de sobrepoblación y hacinamiento, que no permite atender las necesidades de los internos, lo cual, genera un rezago técnico ante las alternativas de intervención, por lo que, el desarrollar programas con resultados positivos en este tipo de escenarios, es importante darlos a conocer, promoviendo líneas de intervención que abren nuevas posibilidades para atender el grave problema de la violencia que actualmente enfrenta nuestra sociedad, basados en una formación ética y profesional.

Asimismo, participar en este tipo de eventos, fomenta las habilidades necesarias para difundir el conocimiento en foros especializados, adquiriendo el compromiso ético de mantenerse en constante actualización, a través del intercambio de información.

3.4 Consideraciones éticas que surgen de la práctica profesional

De acuerdo a López-Negrete (2005), un código ético es importante como un marco de referencia que establece normas morales para una determinada sociedad o subgrupo cultural. Su función es informar, expandir, mejorar y enriquecer al profesionista en su capacidad de otorgar una ayuda eficaz y respetuosa, así mismo, dentro del campo de la psicoterapia ayuda al terapeuta a aclarar la responsabilidad y compromiso tanto con sus pacientes como con la sociedad.

Los códigos éticos proveen las bases a partir de las cuales las responsabilidades del profesionista son articuladas. Un código ético representa el consenso de un número de profesionistas reconocidos, por esto es válida la consideración en el ejercicio profesional.

Actualmente existe el código ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (2004) y el código ético de la Sociedad Mexicana de Terapia Familiar y de Pareja (1999), sin embargo, durante la práctica terapéutica en ocasiones surgen diversos dilemas que es difícil resolver, por ejemplo: la confidencialidad en la relación terapéutica ante conductas de riesgo por parte de algún miembro de la familia; en casos de violencia familiar el persuadir a las personas receptoras de la misma a abandonar el hogar; el desconocimiento de la diversidad cultural de nuestro país en ocasiones puede distorsionar la visión terapéutica al considerar disfuncional lo que es una tradición familiar.

López-Negrete (2005), cita dos modelos para entender el proceso de toma de decisiones éticas: El modelo de Kiddner que contempla tres pasos: 1) fundamentar en metas (mayor beneficio para la mayoría), 2) fundamentar en normas (obligaciones) y 3) fundamentar en cuidado (no hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti).

El modelo de Kitchener que comprende cuatro momentos: 1) Interpretar una situación dada que requiere de una decisión ética, 2) formular un curso de acción, (justificación ética), 3) Integración de valores personales y profesionales (congruencia) y 4) establecer un plan de acción.

La misma autora retoma la distinción realizada por Jordan y Meara (1990), entre la Ética de Principios y la Ética de Virtud; la primera enfatiza el uso de estándares

objetivos racionales, reglas o códigos, busca establecer la norma y se pregunta si las decisiones son consistentes con las normas (lo moral). Mientras que la virtud ética se pregunta si es la mejor decisión para el paciente. Sin embargo, ambas no son excluyentes. El objetivo de la formación en la dimensión ética es integrar lo personal a lo profesional.

Poder hacer una adecuada combinación entre ambas posturas, contribuye a realizar una mejor interpretación de los códigos éticos, resaltando la importancia de anteponer lo que se considera que puede ser más benéfico para el paciente.

Esta visión converge con la de Leff (2002), quien plantea que la ética se vuelve estética en la medida que el terapeuta ayuda a dar forma al cosmos individual del paciente, respetando su individualidad, permitiendo que estos se pinten solos, sin olvidar la técnica que debe de acompañar al terapeuta, la cual implica saber escuchar, dosificar las intervenciones con palabras y silencios que hagan sentido, modificando los comportamientos y sistemas de relación.

Ante se puede concluir que una posición ética esta basada en el conocimiento de los códigos éticos actualizados, el conocimiento de las premisas teóricas que sustentan el quehacer clínico y un profundo respeto por la individualidad del paciente, respetando sus creencias y costumbres, anteponiendo los intereses personales del terapeuta por el beneficio del consultante.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico-construccionista tiene el objetivo de capacitar al estudiante en una especialidad de la psicología de alta calidad en el área de la salud.

Por lo que durante el curso de la maestría, se buscó que el alumno desarrollara las siguientes habilidades y competencias clínicas:

4.1.1 Habilidades teórico conceptuales:

Conceptualizar los aspectos teóricos de los principales modelos de terapia familiar. Esta habilidad se desarrolló a través de los cursos estructurados sobre los modelos de Terapia estructural, Terapia breve de MRI, Terapia Estratégica, Modelo de Milán, Modelo de Soluciones, Terapia Narrativa de Michael White, Modelo Colaborativo de Harlene Anderson y terapia del Equipo Reflexivo de Tom Andersen.

Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos. La intención de revisar ocho de los principales modelos de intervención clínica durante la residencia y la constante vinculación entre la práctica y la teoría, brindó el contexto necesario para poder reflexionar acerca de la posibilidad de aplicar los diferentes modelos de acuerdo a las demandas terapéuticas de los consultantes. Así como, ensayar la habilidad de hipotetizar de acuerdo a las características y problemas expresados por las diferentes familias.

Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen. La forma en que esta planeada la revisión de los diferentes modelos de terapia familiar, permitió conectar en forma gradual las diferentes variables que intervienen en la demanda terapéutica de los consultantes, iniciando por modelos acotados que se centran en la queja exclusivamente hasta llegar a modelos más incluyentes que toman en cuenta el contexto social y político del demandante.

4.1.2 Habilidades clínicas de detección, evaluación sistémica y tratamiento

A través de la constante práctica clínica durante los cuatro semestres se logró desarrollar la habilidad de observación del proceso terapéutico, la capacidad para entrevistar y generar una relación de colaboración, implementar técnicas de enganche y alianza terapéutica, jerarquizar los motivos de consulta y opciones de solución, definir los objetivos en forma colaborativa con el usuario, identificar los recursos de las familias y proponer hipótesis que promovieran el cambio; las cuales en su conjunto comprenden las habilidades generales de detección y evaluación sistémica.

De igual forma se desarrollaron las habilidades de tratamiento en forma individual, conyugal o familiar que comprenden; la capacidad de aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos, seleccionando las técnicas o procedimientos adecuados para la intervención profesional en base a una fundamentación teórica, tomando en cuenta los diferentes contextos sociales y culturales que involucran al cliente, evaluando los resultados del tratamiento, acompañado de un seguimiento clínico.

4.1.3 Habilidades de investigación y enseñanza

A través de las asignaturas de investigación aplicada se logró adquirir las habilidades necesarias para el desarrollo de la investigación: *“Análisis de confiabilidad y validez del instrumento de Comunicación Familiar para su aplicación a población mexicana adolescente”* en la modalidad de metodología cuantitativa, así mismo, se elaboró el proyecto de investigación de acuerdo a metodología cualitativa *“Análisis del discurso narrativo de varones que han realizado conductas de agresión sexual a mujeres adultas”*; cabe mencionar que ambos trabajos surgen de la detección de necesidades en los sectores estudiados, por lo que los resultados obtenidos servirán para establecer propuestas de tratamiento mas apegadas a las características y prioridades de dicha población.

4.1.4 Habilidades hacia la prevención

Durante la formación en la maestría se desarrolló el taller de intervención comunitaria denominado *“Construyendo la otra cara de violencia”* el cual fue impartido en dos Centros penitenciarios del país, con el fin de co-construir nuevas formas de interacción en hombres generadores de violencia. Contribuyendo así en la construcción de relaciones más equitativas en nuestra sociedad. Con este trabajo se logró atender los niveles de prevención y tratamiento, logrando crear un puente entre la Universidad Nacional Autónoma de México y las instituciones de prevención y readaptación social.

4.1.5 Ética y compromiso social

Durante el transcurso de la maestría a través de la constante práctica clínica y la dirección de los supervisores, se adquirieron los valores y actitudes de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.

Teniendo como uno de los objetivos primordiales, ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellas de manera profesional, considerando la actualización y la innovación como elementos fundamentales para una práctica integral.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial

La epistemología del modelo sistémico y los modelos posmodernos brinda los elementos para abordar problemas integrando diversas unidades de análisis. Desde los modelos que trabajan con problemas bien definidos, en donde su principal objetivo es modificar las dificultades referidas por los clientes, hasta los modelos que tratan de incidir en la definición que estos dan de sí mismos y el contexto en el que están inmersos, involucrando aspectos culturales, ideológicos y políticos.

Esta variedad de posibilidades, que en un momento dado puede aportar la terapia sistémica y posmoderna, permite obtener una perspectiva diferente de problemas relacionados a áreas como la educación, la salud, la rehabilitación psicosocial, el ámbito penitenciario, generando nuevas formas de intervención.

Es importante mencionar que la terapia familiar surge en las instituciones de salud, no obstante, en los últimos años su principal desarrollo lo ha obtenido en el sector privado, es por eso que una de las propuestas de este trabajo fue generar una vinculación entre el conocimiento generado por la residencia en terapia familiar y las instituciones encargadas del tratamiento psicológico en los centros de readaptación y rehabilitación psicosocial.

En este sentido, uno de los logros obtenidos fue el poder generar la emisión de dos talleres de prevención a la violencia en centros de readaptación social y rehabilitación psicosocial, colocan a la teoría sistémica, la categoría de género y la teoría socio-construccionista como instrumentos importantes que favorecen la deconstrucción de la violencia como forma de relación, promoviendo relaciones más equitativas entre los seres humanos.

Asimismo, se logró concluir el proyecto de investigación: *“Análisis del discurso narrativo de varones que han realizado conductas de agresión sexual a mujeres adultas”*, en donde el objetivo es conocer las historias que los agresores se hacen acerca de la mujer, con el fin de establecer propuestas de tratamiento más cercanas a su realidad. Centrando así la atención en un tema sumamente relevante, pero al mismo tiempo olvidado por las instituciones encargadas de esta actividad, lo cual, puede ser no por falta de interés o intención, sino por carecer de los instrumentos de análisis y de intervención terapéutica seria y profesional; por tanto este proyecto lleva la intención de vincular nuevamente el conocimiento adquirido en la formación de la residencia con el sector institucional.

4.3 Análisis del sistema terapéutico total

Hacer el análisis de la segunda cibernética, de acuerdo a Bateson implica hacer un ejercicio de observación del proceso sistémico que caracterizó la formación en la maestría de terapia familiar. Este análisis intenta basarse en un esquema conceptual, que aprecie la forma en que los múltiples sistemas en interacción se influyeron mutuamente y en como las partes de ese sistema percibieron y construyeron la forma en que fueron influidos por los demás. Siguiendo los razonamientos de Bateson en donde plantea que el mapa no es el territorio, sino sólo una aproximación a las múltiples realidades, este análisis no es el territorio,

es sólo una lectura más de todas las posibles lecturas, de acuerdo, a los sistemas que participaron durante la formación.

Al momento de ingresar a la maestría en psicología con residencia en terapia familiar contaba con la formación en psicología con un plan curricular que incluía la revisión de las perspectivas; conductual, psicoanalítica, humanista y en menor medida el modelo sistémico. En donde la forma de concebir los fenómenos psicológicos era predominantemente lineal, es decir causa efecto.

Asimismo, mi trayectoria laboral hasta ese momento se había presentado en instituciones penitenciarias, en donde las premisas teóricas que sustentan el trabajo se acercan al modelo médico del área psiquiátrica, haciendo el uso del DSM IV.

No obstante, surgía en mí la necesidad de implementar nuevos modelos conceptuales que pudieran aportar formas con mayor nivel de integración de variables que observaba en las diferentes problemáticas. Lo cual aunado a las inquietudes teóricas que se habían generado en el tránsito por la licenciatura, al revisar algunas premisas del modelo sistémico, me llevaron a buscar mayor información sobre ésta perspectiva, llevando a buscar alternativas para tener mayor información al respecto, así es como inicio el proceso de ingreso a la maestría en terapia familiar.

Al ingresar a la maestría el encuentro con los compañeros requirió de un proceso de adaptación, se trataba de un grupo con un alto nivel académico, compromiso y habilidad clínica. Lo cual generaba que el rendimiento grupal fuera elevado, generando una dinámica de mayor aprendizaje dado la gran aportación de ideas y reflexiones de los diferentes materiales.

Asimismo, el encuentro con los diferentes supervisores y maestros, en donde, cada uno mantenía una postura teórica de acuerdo a las diferentes escuelas dentro de la terapia familiar, así como, su experiencia en supervisión y modelamiento en el proceso terapéutico, fue muy enriquecedor en un inicio, dado que favorecían la confianza en el grupo dirigiendo la formación de cada miembro.

El primer semestre se caracterizó por el acomodamiento y la mutua influencia entre los diferentes subsistemas que se mantenían en interacción, profesores, supervisores, el grupo de alumnos y la historia de cada uno de nosotros con las creencias que hasta ese momento nos definían como psicólogos. En mi proceso

personal este periodo se distinguió por el inicio de un cambio epistemológico, tratando de empezar a visualizar los diferentes fenómenos desde una perspectiva sistémica como una totalidad, no obstante, debido a la influencia anterior sobre terapia sistémica, quedaban muchas dudas teóricas y personales que hasta ese momento no podía ordenar.

Durante el segundo semestre el discurso entre los alumnos se volvió más uniforme, ya compartíamos un lenguaje común que nos permitía nombrar conceptos, que favorecían la introducción en las diferentes escuelas de terapia familiar. El proceso de adaptación al alto nivel de rendimiento académico ya se había generado, estábamos en el momento de empezar a desarrollar las habilidades clínicas. Asimismo, durante este semestre se inició la atención de familias por parte de los alumnos en supervisión directa, este cambio en el grupo generó un acomodamiento en la dinámica del mismo, incrementa la responsabilidad de responder a las necesidades de la familia y del centro de servicios psicológicos en donde realizábamos la atención a familias. El primer modelo de intervención que se utilizó es el estructural desarrollado por Salvador Minuchin, lo cual resultó benéfico en el sentido de que al ser un modelo acotado y normativo, favorecía el mantener una estructura en las diferentes intervenciones.

No obstante, al cursar las materias de tronco común, se inició la revisión de las premisas teóricas de la epistemología constructivista, lo cual resultó muy enriquecedor, sin embargo, a su vez generaba grandes lagunas, dado que no se contaba con los elementos que permitieran dar un seguimiento de cómo se fueron desarrollando las diferentes escuelas dentro de la terapia familiar y sus cambios en las concepciones epistemológicas.

Una de las condiciones que caracterizaron el tercer semestre fue el incremento en la atención a familias, reflejándose en un mayor número de horas en supervisión directa, así como, el inicio de la revisión del modelo de Soluciones y el modelo de Milán, este tipo de escuelas, aportaba nuevas herramientas de conceptualización e intervención, no obstante, a pesar de que ambas escuelas comparten supuestos y premisas fundamentales, en otras son totalmente contrarias, como por ejemplo, comparten la visión holística y sistémica, sin embargo la primera se caracteriza por ser directiva y estratégica, la segunda se inclina por una posición más respetuosa del terapeuta, respetando las creencias y costumbres de la familia, esto favoreció,

que cada uno de los integrantes del grupo en formación fuera definiendo un estilo particular dentro del sistema terapéutico, en lo personal, se fue generando en mí una posición que se inclinaba por mantenerse en una posición de respeto a las creencias, costumbres y ritmo de las familias. Lo cual se vio favorecido por la influencia de mi trayectoria laboral, en donde, la dinámica familiar de las personas en reclusión, se caracterizaba por mantener con un alto grado de rigidez, en donde los modelos normativos eran generalmente rechazados por generar interacciones simétricas, respondiendo con mejor resultado a las intervenciones más respetuosas o como lo denomina Harlene Anderson una posición colaborativa. Así mismo, esto se vio favorecido por la revisión de materiales de la teoría constructivista y construccionista en las materias de tronco común.

El cuarto semestre se diferenció por la disminución de materias teóricas pasando a mayor número de horas en supervisión directa, para este momento, el grupo en formación contaba con una serie de lecturas y conocimientos sobre las terapias sistémicas, así como, conocimientos de las teorías posmodernas, lo cual, elevaba la calidad y cantidad de lecturas que se hacían sobre las problemáticas planteadas por las familias, generando mayor número de intervenciones, asimismo, el proceso de acomodamiento con los supervisores durante los cuatro semestres creaba un ambiente de respeto y de libertad de opinión.

Hacia el final del semestre se generaba un cierto sentimiento de incertidumbre en el grupo, pues se aproximaba un cambio en la proximidad y la relación entre sus integrantes, no obstante, se creó un sentimiento de acompañamiento y contención mutuos.

Posterior a la etapa escolarizada, siguió la preparación del reporte de titulación, para este momento, la presión de responder la demanda de generar productos durante las clases había desaparecido. Lo cual me permitió iniciar una segunda revisión de las bases epistemológicas de la terapia familiar, lo cual, se reflejó en una lectura diferente, con mayor capacidad de integración, generando en mí una visión mas amplia y sobre todo logrando recuperar información importante que me permitía entender el proceso de desarrollo sistémico que había experimentado la terapia familiar a lo largo de la historia.

4.4 Reflexión y análisis de la experiencia

El cursar la maestría en terapia familiar, da la oportunidad de integrar diversos aspectos teóricos, técnicos y personales que permiten tener una mejor práctica clínica y de investigación.

La revisión epistemológica que se realiza durante la formación, da la posibilidad de adquirir una perspectiva amplia de la terapia familiar, revisando los aspectos filosóficos que la sustentan, lo cual, en la práctica clínica se refleja en una mejor organización de las intervenciones.

Asimismo, el modelo sistémico a pesar de tener cerca de cinco décadas de desarrollo, es un modelo que aun no es muy conocido en su totalidad, ya que ha sido tan rápida su evolución que cuando se está abriendo paso en las universidades, ya las líneas de intervención están evolucionando, esto hace que durante la formación en licenciatura se tenga un conocimiento fragmentado, ante lo cual, considero que cursar la maestría de terapia familiar da la oportunidad de sentar las bases para su comprensión y entender el curso de su evolución.

Asimismo, la maestría en terapia familiar en su plan curricular contempla el otorgar las herramientas metodológicas para desarrollar proyectos de investigación que permiten mantener en constante auto-actualización; habilidad indispensable en el área clínica, ya que cada caso que se presenta requiere de desarrollar estrategias de investigación y elaboración de hipótesis, que están en constante renovación.

En lo personal el cursar la maestría, me permitió integrar diversos aspectos teóricos y prácticos en el ejercicio de la psicoterapia, así como, dar orden a la experiencia laboral previa, en donde las necesidades institucionales promueven el desarrollo de habilidades terapéuticas, que funcionan y ofrecen resultados positivos, sin embargo, la carencia de una profesionalización repercute en la incapacidad de sustentar dichos resultados en forma consistente, lo cual, la formación en terapia familiar me ha permitido integrar, reflejándose en propuestas sustentadas y con una metodología coherente.

Por otra parte la experiencia de estar en formación en supervisión directa y como parte del equipo terapéutico, generó en mí resonancias cognitivas y afectivas, llevándome a reflexionar sobre mi propia historia familiar, creencias familiares y pautas de interacción habituales, incursionando en un proceso de terapia familiar,

con el fin de reflexionar sobre mis propias pautas de relación, lo cual, fue bastante enriquecedor mantenerlo en forma paralela a la formación en la maestría, pues me permitió entender y respetar el tiempo y ritmo de los clientes, aumentando mi capacidad de empatía, al momento de establecer las intervenciones.

No obstante, algunas de las limitaciones en la formación, es la falta de comunicación entre los diferentes maestros de la residencia, ya que en ocasiones algunos temas se dejaban de lado por estar contemplados en dos materias en forma simultanea, por lo que no se contemplaban en ninguna asignatura. Así como, mayor coherencia en la parte epistemológica, ya que en ocasiones surgen lagunas, entre la evolución de los diferentes enfoques, quedando saltos discontinuos.

4.5 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

Incursionar en el campo de la terapia familiar, permite al terapeuta obtener nuevos instrumentos de observación; aprender terapia familiar no implica solamente aprender nuevas técnicas de intervención, sino aprender una nueva forma de mirar el mundo. Y en esta nueva mirada es inevitable que el alumno se contemple así mismo y a su propia familia; logrando percibir mapas que antes no eran visibles. Transitar por la formación en la residencia es poder sumergirse en una infinidad de posibilidades y recursos para ampliar la propia vida. Acompañar a las familias permite enriquecerse de los recursos que los clientes ya traen consigo, pero además de su creatividad y sensibilidad para poner en marcha estrategias a la hora de encontrar formas de vida más satisfactorias y ricas en éxitos.

De igual forma el contar con nueve terapeutas detrás de un espejo y conocer sus puntos de vista, crea la oportunidad de incorporar nueve formas distintas de ver el mundo y por tanto, se multiplican las formas de intervención, acrecentando la formación profesional y la propia vida. Sin olvidar el papel central del supervisor que con su experiencia y su conocimiento aporta elementos que hacen posible un aprendizaje de la más alta calidad.

En este mismo sentido, el crecimiento profesional es muy importante, el transitar por los seminarios y cursos, favorece la adquisición de un método de trabajo y el conocimiento técnico necesarios para responder a las diferentes demandas de los

consultantes, ampliando como consecuencia las posibilidades de incorporarse al campo laboral, pues se cuenta con un adecuado nivel de calidad en la formación profesional.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. España: Gesida
- Anderson, H. (1997). *Conversación lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. A (1988). Human Systems as linguistic systems. *Family Process*, Nº 27: 3-12.
- Auburn y De Susan (2003). Doing cognitive distortions: A discursive psychology analysis of sex offender treatment talk. *The British Journal of Social Psychology*. Recuperado el día 23 marzo del 2004 de la base de datos ProQuest. Url: <http://proquestmail@il.proquest.com>.
- Barnes, H. y Olson, D. (1982). Parent Adolescent communication scale. En: Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.
- Bateson, G. (1962). *Exchange of Information about Patterns of human Behavior*. Paper read at Symposium on Information Storage and Neural control, Houston, Texas.
- Bateson, G. (1968). Redundance and Coding. Recopilado en: *On Steps to an ecology of mind*. San Francisco, Chandler Publishing Co. (Trad. cast. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Carlos Lohlé 1976).
- Bateson, G. (1972). *On Steps to an ecology of mind*. San Francisco, Chandler Publishing Co. (Trad. cast. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Carlos Lohlé 1976).
- Berg, I. K. y Millar, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Gedisa.
- Bertalanffy (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) *Historia de la terapia familiar*. España: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1986). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Editorial Alianza.

CONAPO (2001). *Programa Nacional de Población. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006: hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad*. México: Consejo Nacional de Población.

De Shazer. S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.

DIF (2005). *Diagnóstico de la familia mexicana*. México: Sistema de Desarrollo Integral de la Familia. Recuperado el día 01 de febrero de 2007. <http://www.dif.gob.mx/diagnostico.htm> .

Eguiluz, R. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.

Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, D. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Gergen, K. J., (1992), *El yo saturado. Dilemas de identidad en un mundo contemporáneo*. España: Paidós.

Gobierno del D. F, (1996). Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. *Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y reglamento*. México: autor.

Goolishian, H. A. y Anderson, H. (1988). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En; McNamee S. y Gergen K. J. (1996), *La terapia como construcción social*. España: Paidós.

Goolishian, H. A. y Anderson, H. (1994). Narrativa y *Self*. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En; Fried, S. D. (1994), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Argentina: Paidós.

Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Herrera-Hernández, Marván, Saavedra y Contreras (1992). Niveles de ansiedad y depresión en procesados por violación. *Acta psiquiátrica psicológica de América Latina*. Vol. 39 N° 1 pp. 53-57.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Gedisa.

Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: McNamee, S. y K. Gergen, (1996). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.

INEGI (2000). XII Censo de Población y Vivienda, 2000. Recuperado el 31 de enero de 2007. <http://www.atencion.usuarios@inegi.gob.mx>.

INEGI (2006). *Estadísticas de la población*. Recuperado el 10 de enero de 2006. <http://www.atencion.usuarios@inegi.gob.mx>.

Jordan, A. E. y Meara, N. M. (1990), *Ethics And The professional Issues in The Practice of Marriage and Family Therapy*. En: López-Negrete, C. P. (2004). Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica. México D. F. Manuscrito no publicado.

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

Keeney, B. y Ross, J. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York, W. W. Norton.

Lazarini, J. L. (1996). De la violencia a la violencia sexual. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 4 N° 3. pp. 43-49.

Leff, E. (2002). Ética y Estética de la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*. 15: 71-76.

López- Negrete, P. (2005). *Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica*. México D.F. Manuscrito no publicado.

López V. D. (2007). *Migración de mexicanos desde y hacia Estados Unidos de América: estadísticas, problemáticas y retos*. Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica. Vol. 1 N° 2. Recuperado el 05 de febrero de 2007. <http://www.atencion.usuarios@inegi.gob.mx>.

Lyddon, L. W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En; Neimeyer, R. y Mahoney, (comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fhisman, H. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Molina, A. J. (1996). Epistemología para terapeutas familiares. *Psicología y Salud*. Instituto de Investigación Psicológica de la Universidad Veracruzana. 7: 111-125.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.

Neimeyer, A. R. (1998). Psicoterapias constructivistas: Características bases y direcciones futuras. En, Neimeyer, R. y Mahoney, (comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, G. J. (1996). *Evaluación Constructiva*, Barcelona, Paidós.

Neimeyer, A. y Mahoney, (comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Olson, D. y Wilson, M. (1982). "Family satisfaction". En: Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.

Olson, H. Sprenkle, D. Y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I Cohesion and adaptability dimensions. En: Ponce de León. T. (1995). *Comparación de la cohesión y adaptabilidad entre familias clínicas y no clínicas*. Tesis de Maestría. UNAM. México.

Ovejero, B. A. (2004). *Psicología Social Postmoderna emancipadora: Entre la psicología crítica y el postmodernismo*. Recuperado el 10 de octubre de 2004 de la base de datos tipeotextos. <http://robertexto.miarroba.com>.

Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, vol. 21, 267-280.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19, Nº19: 3-12.

Sociedad Mexicana de Psicología (2004). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.

Sociedad Mexicana de Terapia Familiar y de Pareja A. C. (1999) *Código Ético*. Octubre 1999.

Tomm, K. (1984). One Perspective on the Milan systemic a approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital anf Family Therapy*. 10, Nº 2: 113-125.

Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic, Or Reflexive Questions?. *Family Process*. Vol. 27, Nº 1: 1-15.

Vallejo, M. G. (2006). Entre 9 y 13 denuncias al día por violación y delito sexual en el DF. Recuperado el 15 marzo 2006 de la base de datos cimacnoticias, periodismo con perspectiva de género. Url: <http://cimacnoticias.com/temas/violencia>.

Watzlawick, P. (1990). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D. (1991). *La Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Weakalnd, L., Fisch, R. Watzlawick, P. and Bodin (1974) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, Vol. 13, No. 2. PP. 141-168.

White, M. (1989). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (1995). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España; Gedisa.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder

ANEXOS

ANEXO 1

Análisis de confiabilidad y validez del instrumento de Comunicación Familiar para su aplicación a población mexicana adolescente

Marco A. Toquero H., Carlos López H. y Javier Villalobos

El objetivo de la investigación fue adaptar el instrumento de Comunicación Familiar de Barnes y Olson (1982) a población mexicana en la etapa de adolescencia; para lo cual se sometió a un análisis de confiabilidad, obteniendo un coeficiente de alfa mayor a 0.9. Asimismo, para obtener su validez se correlacionó con los instrumentos FACES II diseñado originalmente por Olson, Sprenkle y Russell, (1979) y de satisfacción familiar elaborado por Olson y Wilson (1982), mostrando entre los factores de los tres instrumentos correlaciones positivas entre sí, cargando la mayoría en un rango medio y alto.

El funcionamiento familiar ha sido un área que en los últimos 30 años ha ido tomando relevancia para los investigadores de la familia, principalmente en países como Estados Unidos de Norteamérica, en donde han desarrollado modelos teóricos que han servido de base para implementar escalas de medición confiables y con un buen nivel de validez. Sin embargo, en México es poco frecuente la generación de instrumentos que cubran este tipo de criterios, careciendo de las herramientas para diseñar tratamientos de intervención con mayor apego a las necesidades la población, siendo los adolescentes por la etapa de transición en que se encuentran, un sector con mayor vulnerabilidad ante problemas como la desintegración familiar, la violencia familiar, las adicciones, entre otros.

Uno de los primeros científicos sociales que investigó el buen funcionamiento familiar fue Jansen; fundándose en investigaciones previas resaltó como indicadores de cercanía y solidaridad en la familia: el acuerdo, la cooperación, el interés mutuo, el afecto, la estima, la confianza y el gusto por relacionarse (Palomar, 1998).

Por su parte, Pollack afirmaba que las familias sanas muestran: interdependencia entre los cónyuges y disposición para postergar las necesidades personales para promover la satisfacción de la pareja, la

prioridad de sentimientos positivos entre los padres, relaciones sanas entre hermanos, relación padres-hijos caracterizadas por el intercambio mutuo y la habilidad para desarrollarse personalmente (Palomar, 1998).

Otros autores como Lewis, Gossett y Phillips (citados en Palomar, 1998) proponen ocho características de las familias competentes: 1) Los miembros de la familia se dan cuenta de que las necesidades individuales se satisfacen dentro del contexto de las relaciones interdependientes, 2) los límites son lo suficientemente permeables para permitir involucrarse e interactuar fuera del grupo familiar, 3) la comunicación es directa y raramente existe confusión entre el que emite el mensaje y el que lo recibe, 4) existe una díada parental equilibrada que complementa los roles de mando en la familia, 5) son frecuentes las expresiones de calidez y empatía, 6) las familias se organizan y son capaces de negociar eficazmente las diferencias entre los miembros, 7) el cambio se acepta como un proceso normal y 8) los integrantes de la familia comparten un sistema de valores.

De acuerdo a la propuesta de estos autores existe una relación estrecha entre los diversos factores que integran el funcionamiento de una familia, resaltando la

comunicación, la adaptabilidad, la cohesión y la satisfacción familiar.

La comunicación familiar de acuerdo a Musitu, Buelga, Lila y Cava, (2001), no sólo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia, sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar, por ello, puede entenderse como un índice del clima y de la calidad del sistema familiar. La comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. En muchas ocasiones, la comunicación familiar es tanto el origen como la consecuencia de la incapacidad del sistema familiar para evolucionar de una forma armoniosa

En la escala de comunicación familiar desarrollada por los mismos autores, se contempla la evaluación de dobles mensajes, criticismo, empatía y mensajes que implican apoyo.

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar fue introducida junto con el modelo circunplejo de Olson, Sprenke y Russell (Ponce de León, 1995). Dicho modelo propone que la cohesión se refiere a los lazos emocionales que tienen entre sí los integrantes de una familia y el grado de autonomía que un individuo experimenta en el sistema familiar. La cohesión es una dimensión que se mide a lo largo de un continuo de cuatro niveles: desvinculada, separada, conectada y aglutinada. Una baja cohesión familiar (desvinculada) se caracteriza por la escasa vinculación y alta autonomía o independencia de sus integrantes. Los niveles intermedios (separada y conectada) representan un equilibrado grado de cohesión familiar, lo que es adecuado para un efectivo funcionamiento familiar y un desarrollo individual óptimo, generando que la familia logre manejarse adecuadamente ante las crisis y el cambio. Por otra parte, una

cohesión familiar alta (aglutinada) se refiere a una sobreidentificación con la familia, dando como resultado una escasa autonomía

La adaptabilidad familiar la podemos definir como la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación, en respuesta al estrés, circunstancia o de desarrollo. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se evalúa en un continuo: rígida, estructurada, flexible y caótica.

Olson y Wilson (1982), diseñaron una escala de Satisfacción Familiar que evalúa directamente a partir de 14 ítems, la satisfacción de los miembros de la familia con respecto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Estos autores retoman los conceptos de cohesión y adaptabilidad familiar propuestos por Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen y Wilson, (1992), sobre los cuales desarrollaron la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II).

Objetivo general

Adaptar y validar el Instrumento de Comunicación Familiar de la versión española a población mexicana en etapa adolescente.

Objetivos específicos

- a) Realizar el análisis de confiabilidad de la Escala de Comunicación familiar de origen español, para su aplicación a población mexicana
- b) Validar el cuestionario de Comunicación Familiar a través de la correlación con la escala de Cohesión y adaptabilidad familiar y la escala de Satisfacción Familiar.

Hipótesis

Considerando que la funcionalidad de una familia está dada por la conjunción de los diversos factores planteados en el marco teórico, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Si existe una comunicación directa con los padres y se favorece la expresión de afectos y desacuerdos, esto contribuirá a un mejor funcionamiento familiar.

Hipótesis 2. Si la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar son elementos de la funcionalidad familiar entonces estos se verán correlacionados positivamente con la comunicación familiar.

Etapa 1

En primer término se realizó el análisis de confiabilidad de la escala de comunicación familiar, que en su versión original corresponde a una edición española desarrollada por Barnes y Olson (1982), se realizaron las modificaciones necesarias para su aplicación en población mexicana.

Método

Muestra:

La muestra consistió en 120 sujetos estudiantes de la licenciatura en psicología con una edad comprendida entre los 17 y los 19 años, siendo 18 del sexo masculino y 102 del sexo femenino. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental, se incluyeron sólo los sujetos que se encontraban en el rango de edad de 17 a 19 años de edad (Levin, 1992).

Procedimiento y materiales

1. Se realizó una revisión del cuestionario de Comunicación Familiar la cual consistió básicamente en una lectura de cada uno de los reactivos, con el propósito de adecuar la redacción y el uso de algunas palabras del idioma ibérico al español mexicano.
2. Se realizó la construcción de una escala para evaluar la comunicación familiar entre la madre y los hijos y una similar para evaluar la comunicación familiar entre el padre y los hijos, ya que, aunque el cuestionario en su presentación

original muestra los reactivos redactados en relación a la comunicación con la madre, se hace notar que el término madre puede ser sustituido por el de padre (para evaluar la comunicación con él solamente), o padres (para evaluar la comunicación con ambos padres a la vez), quedando la estructura de los reactivos de la misma forma en cuanto a redacción y presentación.

3. Se aplicó ambas escalas a la misma muestra en el mismo tiempo y espacio.

Instrumentos

Cuestionario de comunicación familiar

El cuestionario desarrollado por Barnes y Olson (1982); consta de 20 reactivos tipo Likert los cuales se dividen en dos subgrupos: uno que evalúa el diálogo entre padres e hijo y otro que evalúa las dificultades en la comunicación.

Además incluye un apartado en el cual se describe a cada uno de los padres por separado en función de 8 características. Cuatro corresponden a una percepción positiva y la otra mitad a una percepción negativa. Sin embargo, los reactivos de esta última sección no fueron incluidos en la adaptación ya que la redacción de los mismos era confusa.

Su administración puede ser individual o colectiva, con un tiempo de aplicación aproximado de nueve a once minutos.

Resultados

Confiabilidad de la escala de comunicación familiar con relación al padre

El índice de consistencia interna obtenido para la escala de comunicación familiar con el padre fue de .9099. El análisis de los reactivos muestra que los ítems 2, 4 y 11 presentan una correlación ítem total menor a .30 por lo que se procedió a eliminarlos.

Análisis factorial para la escala de comunicación familiar con relación al padre

El análisis factorial de los reactivos de la escala de comunicación familiar con relación al padre nos da tres factores con valores eigen mayores a uno, que en total explican el 61.29% de la varianza.

Análisis de confiabilidad para los tres factores de la escala de comunicación familiar con relación al padre
Con el propósito de evaluar la consistencia interna de cada factor se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada uno de ellos. Así, para el factor uno se obtuvo un coeficiente alpha de .9249, mientras que el puntaje de correlación ítem total más alto fue de .7218 que correspondió al reactivo 13. Para el factor dos el coeficiente alpha fue de .7740, y el valor mayor en la correlación ítem total fue de .5548 que corresponde a reactivo 19. Finalmente, en el factor tres el coeficiente alpha obtenido fue de .7271 y mientras que los dos reactivos que lo componen obtuvieron una correlación ítem total idéntica de .5713.

Contenido y temática de los factores con relación al padre

Los reactivos 2, 4 y 11 se eliminaron por lo que la escala de comunicación familiar con relación al padre quedó constituida por 17 reactivos distribuidos en tres factores:

- a. Factor 1; “Comunicación directa con el padre”, el cual agrupa a los reactivos; 13, 8, 3, 1, 14, 16, 6, 7, 17 y 9, y se refieren pautas de comunicación que se manifiestan a través de preguntas, disponibilidad para escuchar, expresión de sentimientos, comprensión, etc.
- b. Factor 2; “Desacuerdo con el padre”, agrupa a los reactivos; 19, 5, 12, 18 y 10 en donde el contenido de los reactivos denota malestar, expresión de desacuerdo e inhibición de sentimientos y pensamientos.
- c. Factor 3; “Dificultad para tratar ciertos temas”, agrupa los reactivos 15 y 20 y revelan que existen ciertas

áreas que presentan dificultad para expresarlas. Sin embargo, los reactivos por sí mismos no detectan las áreas específicas en las que se presenta esta dificultad

Confiabilidad de la escala de comunicación familiar con relación a la madre

El índice de consistencia interna obtenido para la escala de comunicación familiar con relación a la madre fue de .9130. Asimismo, el análisis de la correlación ítem total revela que el reactivo 11 obtuvo un puntaje menor a .30 por lo que se procedió a eliminarlo; en el caso del reactivo 4, aunque su puntaje de correlación ítem total es superior a .30 se observa que afecta la confiabilidad de la prueba por lo que también se procedió a eliminarlo

Análisis factorial para la escala de comunicación familiar con relación a la madre

Respecto a la escala de comunicación familiar con relación a la madre el análisis factorial revela cuatro factores con valores eigen mayores a uno y que en total explican el 62.44% de la varianza.

Análisis de confiabilidad para los factores de la escala de comunicación familiar con relación a la madre

Al igual que con la escala de comunicación con relación al padre, también se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada uno de los factores que integran la escala con relación a la madre. Es importante señalar que los factores 3 y 4 obtuvieron un coeficiente alpha menor a .70 por lo que fueron eliminados; sin embargo, los reactivos 9 y 15 que pertenecían a los factores tres y cuatro respectivamente, fueron asignados al factor uno debido a que en éste su peso factorial es mayor a .30. En el caso del factor uno se encontró que su coeficiente alpha fue de .9109, en tanto que en el factor dos el valor del coeficiente fue de .7779. Asimismo el puntaje menor obtenido en la correlación ítem total fue de

.5677 para el reactivo 6 en el factor uno y de .5290 para el reactivo 20 en el factor dos.

Contenido y temática de los factores con relación a la madre.

En el caso de la escala de comunicación familiar con respecto a la madre, esta quedó con 16 reactivos, ya que como se mencionó fueron eliminados los reactivos 4 y 11 por tener una correlación ítem total con respecto a la escala debajo de .30. De la misma forma los reactivos 10 y 2 también fueron excluidos debido a que los factores a los que pertenecían obtuvieron un valor alpha menor a .70. La escala quedó constituida por dos factores:

- a. Factor 1; “Comunicación directa con la madre”; de acuerdo al análisis de contenido de los reactivos agrupados dentro del factor uno y por la similitud de los reactivos en su redacción y forma con la escala de comunicación familiar con respecto al padre, en esta escala también se observó que el factor uno evalúa Comunicación directa con la madre.
- b. Factor 2; “Desacuerdo con la madre”; al igual que el factor dos de la escala de comunicación con respecto al padre y por la misma razón expresada para el factor uno de esta escala, la evaluación que hacen los reactivos de este factor hace referencia al desacuerdo con la madre.

Etapa 2

En esta segunda etapa se validó el cuestionario de Comunicación Familiar a través de la correlación con la escala de “Cohesión y adaptabilidad familiar” (Olson, Sprenkle y Russell, 1979) y la escala de “Satisfacción Familiar” (Olson y Wilson, 1982).

Método

Muestra:

La muestra consistió en 153 sujetos de educación media superior, seleccionados de

una escuela en el Estado de México (Cd. Netzahualcoyotl), quienes cuentan con una edad promedio de 18 años de edad y una escolaridad de entre 2do y 3er año. Cabe mencionar que 100 de los sujetos fueron del sexo femenino y 53 del sexo masculino. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental, se incluyeron sólo los sujetos que se encontraban en el rango de edad de 17 a 19 años de edad (Levin, 1992).

Procedimiento y materiales

1. Se realizó una revisión de los cuestionarios de satisfacción marital y de Adaptabilidad y Cohesión familiar, con el fin adecuar la redacción y el uso de algunas palabras de acuerdo al lenguaje de la población a evaluar. La modificación más importante fue en el FACES II que consistió en cambiar las expresiones «En la familia...», por «En mi familia...», con lo cual se intentó que la pregunta fuera más personal y con un sentido de pertenencia al grupo familiar.
2. Se acudió a las instalaciones de una escuela preparatoria ubicada en el municipio de Cd. Netzahualcoyotl del turno vespertino, donde se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó la autorización correspondiente, después de lo cual se aplicó la batería a cinco grupos de 2do y 3er. año.
3. Además de leer en voz alta las instrucciones de cada uno de los instrumentos se procedió a explicarles que contestaran la prueba con la mayor sinceridad y honestidad posible, y que consideraran que no hay familia perfecta, por lo que tampoco hay respuestas perfectas.
4. Una vez recolectados los datos se procedió a codificarlos y a aplicar las siguientes pruebas estadísticas: análisis factorial para cada uno de los

instrumentos, análisis de confiabilidad para cada uno de los factores obtenidos y finalmente la correlación de Pearson para dichos factores.

Instrumentos

Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II)

Se aplicó Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II), la cual fue diseñada originalmente por Olson, Sprenkle y Russell, (1979); cuenta con 30 reactivos y evalúa dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad familiar. La confiabilidad de alfa para el factor de adaptabilidad es de 0.78 y para cohesión de 0.87.

Cuestionario de comunicación familiar

Se retomó el cuestionario elaborado por los Barnes y Olson, (1982), el cual fue sometido a un análisis de confiabilidad en la primera etapa, quedando constituido por 17 reactivos. Se retomó la versión que evalúa la comunicación con el padre, sustituyendo las palabras padre y madre por el de padres quedando la estructura de los reactivos de la misma forma en cuanto a redacción y presentación, con el fin de evaluar la comunicación familiar con ambos progenitores en un solo instrumento.

Cuestionario de Satisfacción Familiar

Se utilizó el cuestionario de Satisfacción Familiar elaborado por Olson y Wilson (1982), cuenta con 14 reactivos; este cuestionario evalúa dos dimensiones: *Satisfacción con la vinculación emocional* y *Satisfacción con la flexibilidad*. La confiabilidad del cuestionario en su totalidad es .87, mientras que para las subescalas es de .78 y .77 respectivamente.

Resultados

Análisis factorial para la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar

El análisis factorial de la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar arrojó ocho factores con un valor eigen mayor a uno, que en total

explican el 60.83% de la varianza. Los ítems agrupados en el factor 1 de acuerdo a su peso factorial son: A15, A27, A5, A29, A17, A23, A19, A25, A24 y A1. El factor 2 agrupa a los ítems A14, A2, A4, A28, A16, A26 y A6. El factor 3 agrupa a los ítems A11, A8, A30 y A7. El factor 4 agrupa los ítems A10 Y A22. El factor 5 agrupa los ítems A12 y A3. El factor 6 agrupa los ítems A21, A20 y A13. Los factores 7 y 8 obtuvieron un solo ítem, A9 y A18 respectivamente.

El factor 5 se eliminó por falta de coherencia entre los reactivos, al igual que los factores 7 y 8 por tener un sólo reactivo.

Análisis de confiabilidad para los factores de la Escala de Cohesión y adaptabilidad familiar

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de cada factor se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada uno de ellos. Así el *factor 1; cercanía familiar*, obtuvo un coeficiente alpha de .8347, mientras que la correlación ítem total fue superior a .4100 para todos sus reactivos. Para el *factor 2; expresividad de emociones*, el coeficiente alpha fue de .8273 y los valores de sus reactivos en la correlación ítem total fueron superiores a .4939. Para el *factor 3; tiempo y opiniones compartidas*, el coeficiente alpha fue de .6830, mientras que en la correlación ítem total se observó un reactivo (A11) con un valor mínimo de .3176, en tanto que los otros tuvieron valores arriba de .5000. Para el *factor 4; responsabilidades compartidas*, el coeficiente alpha fue de .7230 y el valor de correlación ítem total fue .5722 para sus dos reactivos. Para el *factor 6; toma de decisiones*; el coeficiente alpha fue de .5146 mientras que la correlación ítem total mínima fue de .3232.

Es importante señalar que ningún reactivo afecta la confiabilidad de cada uno de los factores, a pesar de que el reactivo A11 obtuvo un valor de .3176, pues en sí mismo, no es significativo si consideramos su valor y los resultados de la prueba en su conjunto.

Análisis factorial de la Escala de Comunicación familiar.

El análisis factorial de los reactivos de la Escala de Comunicación familiar arroja tres factores con valores eigen mayores a uno, que en total explican el 55.78% de la varianza. Los ítems agrupados en el factor 1 de acuerdo a su peso factorial son B4, B11, B10, B5, B1 Y B2. El factor 2 agrupa los ítems B14, B13, B6, B12, B7 Y B17. El factor 3 agrupa los ítems B9, B3, B8, B16 y B15.

Análisis de confiabilidad para los factores de la Escala de Comunicación familiar

El cálculo del coeficiente de Cronbach para cada uno de los factores de la Escala de Comunicación familiar arrojó los siguientes datos: el *factor 1; Comunicación directa con los padres*, obtuvo un coeficiente alpha de .8567, mientras que la correlación ítem total fue superior a .5090 para todos sus reactivos. Para el *factor 2; expresión afectiva* el coeficiente alpha fue de .8044 y los valores de sus reactivos en la correlación ítem total fueron superiores a .4800. Para el *factor 3, expresión de desacuerdos* el coeficiente alpha fue de .6668, mientras que la correlación ítem total mínima observada fue de .3436.

Al igual que en la Escala de Cohesión familiar, la Escala de Comunicación Familiar no se encontró ningún reactivo que afectara la confiabilidad de los factores.

Análisis factorial de la Escala de Satisfacción familiar.

El análisis factorial de los reactivos de la escala de satisfacción familiar, arrojó un sólo factor con un valor mayor a 1 que en total explican 100% el de la varianza.

Correlaciones entre los factores

Los factores cercanía familiar, expresión emocional, tiempo compartido, responsabilidades compartidas, acuerdo en la toma de decisiones, que conforman la *Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar* y los factores comunicación directa con el padre, expresión de afecto y expresión de

desacuerdo que pertenecen a la *Escala de Comunicación Familiar*, así como, el único factor de la *Escala de Satisfacción Familiar*, obtuvieron una correlación positiva entre sí de acuerdo a lo esperado en la hipótesis inicial. Todas las correlaciones se ubican en un rango medio y alto, a excepción de las correlaciones entre los factores responsabilidades compartidas, toma de decisiones, expresión de desacuerdo y tiempo compartido que fueron correlaciones débiles.

Discusión

Los factores comunicación directa y expresión de afectos de la escala de comunicación familiar tuvieron una correlación alta con los factores cercanía familiar, expresión de emociones y tiempo compartido de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar. Así como, con la escala de satisfacción familiar. Lo cual confirma la hipótesis planteada; es decir, dichos factores están asociados al funcionamiento de la familia. Asimismo, el factor expresión de desacuerdo obtuvo una correlación alta con el factor cercanía familiar de la escala de cohesión.

Cabe resaltar que dentro de la misma escala de comunicación familiar se observó que los factores expresión de afectos y comunicación directa con los padres tuvieron una correlación de .70, que fue el valor más alto observado en el análisis estadístico.

No obstante, se encontró que el factor expresión de desacuerdos obtuvo una correlación baja con los factores de tiempo compartido y toma de decisiones de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar.

Referencias

Barnes, H. y Olson, D. (1982). Parent Adolescent communication scale. En: Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Levin, J. (1992). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Harla,

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.

Olson, H. Sprenkle, D. Y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I Cohesion and adaptability dimensions. En: Ponce de León. T. (1995). *Comparación de la cohesión y adaptabilidad entre familias clínicas y no clínicas*. Tesis de Maestría. UNAM. México.

Olson, D. y Wilson, M. (1982). "Family satisfaction". En: Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.

Palomar Lever, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de Doctorado. UNAM. México

Ponce de León. T. C. (1995). *Comparación de la cohesión y adaptabilidad entre familias clínicas y no clínicas*. Tesis de Maestría. UNAM. México.

CUESTIONARIO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Edad: _____

***Instrucciones.** A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen situaciones familiares. Indica en qué grado cada una de ellas describe lo que sucede en tu familia y marca con una cruz la opción que mejor puede aplicarse a cada afirmación, teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta:*

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Los miembros de mi familia nos apoyamos unos a otros en momentos difíciles.....	1	2	3	4	5
2. En mi familia a cada quien le es fácil exponer su opinión...	1	2	3	4	5
3. A mi familia le es más fácil discutir los problemas con los amigos, que con los mismos miembros de mi familia.....	1	2	3	4	5
4. Cada miembro de mi familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.....	1	2	3	4	5
5. Mi familia acostumbra reunirse periódicamente en la casa para convivir.....	1	2	3	4	5
6. En mi familia todos tenemos voz y voto en cuanto a la disciplina familiar.....	1	2	3	4	5
7. Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto.....	1	2	3	4	5
8. Los miembros de mi familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones dadas.....	1	2	3	4	5
9. En mi familia cada quien toma sus decisiones de acuerdo a sus intereses y objetivos particulares.....	1	2	3	4	5
10. Alternamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de mi familia.....	1	2	3	4	5
11. En mi familia conocemos a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.....	1	2	3	4	5
12. Es difícil saber cuáles son las reglas y normas que se siguen en mi familia.....	1	2	3	4	5

13. Los integrantes de mi familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tiene que tomar.....	1	2	3	4	5
14. A los miembros de mi familia les es fácil expresar lo que quieren.....	1	2	3	4	5
15. Cuando planeamos hacer actividades en mi familia, tenemos dificultades para ponernos de acuerdo.....	1	2	3	4	5
16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de cualquiera de los miembros de mi familia.....	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos sentimos cercanos unos a otros.....	1	2	3	4	5
18. La disciplina es justa y razonable en nuestra familia.....	1	2	3	4	5
19. Los miembros de mi familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.....	1	2	3	4	5
20. En mi familia se intentan nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.....	1	2	3	4	5
21. Los miembros de mi familia aceptan lo que la familia decide hacer.....	1	2	3	4	5
22. En mi familia, todos compartimos responsabilidades....	1	2	3	4	5
23. En mi familia acostumbramos a compartir el tiempo libre entre nosotros.....	1	2	3	4	5
24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en mi familia	1	2	3	4	5
25. En mi familia nos evitamos unos a otros cuando estamos en casa.....	1	2	3	4	5
26. Cuando surgen problemas toda mi familia se compromete a resolverlos.....	1	2	3	4	5
27. En mi familia aceptamos a los amigos de cada quien.....	1	2	3	4	5
28. Los miembros de mi familia temen expresar sus pensamientos.....	1	2	3	4	5
29. En mi familia nos separamos ante los problemas en vez de actuar como familia total.....	1	2	3	4	5
30. En mi familia compartimos intereses y pasatiempos unos con otros.....	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Instrucciones. *A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de comunicación o relación que pueden darse con tus padres. Indica en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con ellos y marca con una cruz la opción que mejor puede aplicarse a cada afirmación, teniendo en cuenta las siguientes opciones de respuesta.*

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Puedo hablar acerca de lo que pienso con mis padres sin sentirme mal o incómod@.....				1 2 3 4 5
2. Cuando hablo mis padres me escuchan.....				1 2 3 4 5
3. Mis padres suelen decirme cosas que sería mejor no me dijeran.....				1 2 3 4 5
4. Mis padres pueden saber cómo me siento sin preguntármelo.....				1 2 3 4 5
5. Estoy muy satisfech@ con la comunicación que tengo con mis padres.....				1 2 3 4 5
6. Si tuviera problemas podría contárselos a mis padres.....				1 2 3 4 5
7. Les demuestro con facilidad mi cariño a mis padres.....				1 2 3 4 5
8. Cuando estoy enojad@ con mis padres, generalmente no les hablo.....				1 2 3 4 5
9. Cuando hablo con mis padres, les digo cosas que sería mejor no les dijera.....				1 2 3 4 5
10. Cuando hago preguntas a mis padres, me responden con sinceridad.....				1 2 3 4 5
11. Mis padres intentan comprender mi punto de vista.....				1 2 3 4 5
12. Hay temas que prefiero no hablar con mis padres.....				1 2 3 4 5
13. Pienso que es fácil discutir los problemas con mis padres.....				1 2 3 4 5
14. Es muy fácil expresar mis verdaderos sentimientos a mis padres...				1 2 3 4 5
15. Cuando hablo con mis padres me pongo de mal genio.....				1 2 3 4 5
16. Mis padres me ofenden cuando están enojados.....				1 2 3 4 5
17. No puedo decirle a mis padres cómo me siento realmente en determinadas situaciones.....				1 2 3 4 5

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR

Instrucciones. *A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación o forma de relación que se plantea y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:*

1	2	3	4	5
Totalmente insatisfecho	Poco satisfecho	En parte satisfecho en parte insatisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

INDICA TU GRADO DE SATISFACCIÓN CON

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tu propia facilidad para expresar a tu familia lo que deseas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Las decisiones que toman tus padres en tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Lo bien que se llevan tus padres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Lo justas que son las críticas en tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. La cantidad de tiempo que pasas con tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. La forma de dialogar para resolver los problemas familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tu libertad para estar solo cuando lo deseas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades
y tareas de la casa entre los miembros de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. La aceptación de tus amigos por parte de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lo que tu familia espera de ti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. La cantidad de veces que toman decisiones todos juntos en
tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. La cantidad de actividades de diversión o de ocio que
toma tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 2

ANÁLISIS DEL DISCURSO NARRATIVO DE VARONES QUE HAN REALIZADO CONDUCTAS DE AGRESIÓN SEXUAL A MUJERES ADULTAS

Introducción

En México existe un alto índice de violencia familiar, diariamente se presentan entre 9 y 13 denuncias por violación y abuso sexual, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), informó que durante el año 2005 se presentaron mil 236 denuncias, de las cuales 485 fueron por violación y 781 por abuso sexual (Vallejo, 2006).

Agrega Vallejo (2006), que sólo en 8 de cada diez casos los responsables son consignados; entre 6 y 7 reciben formal prisión y únicamente cuatro de cada 10 reciben la sanción correspondiente. Concluye que lo anterior es el resultado de una serie de factores, como la errónea tipificación del delito en los códigos penales del país, cuestiones morales y la mala actuación de juezas, jueces y ministerios públicos, lo que imposibilita una verdadera y pronta impartición de justicia. Sin embargo, este es sólo el panorama en una de las partes actoras en este fenómeno complejo, cuando nos trasladamos al campo de las instituciones encargadas de la readaptación social, podemos observar que no existen programas de atención en las áreas de psicología, careciendo de los elementos mínimos para proponer alternativas de intervención ante la población generadora de violencia sexual.

A este respecto, algunas investigaciones que se han realizado desde el marco del construccionismo social (Auburn y De Susan, 2003), han permitido observar que intervenciones basadas en una epistemología positivista tienden a reducir la responsabilidad de los hombres generadores de violencia, construyendo una serie de discursos o narrativas que socialmente tienden a minimizar y a evitar la responsabilidad de las consecuencias de sus acciones. De igual forma, al construir discursos que restan importancia a sus acciones, no logran percibir la necesidad de asistir a un programa de intervención, pues aunque en ocasiones reconocen la responsabilidad de sus actos, no perciben los efectos como un problema para ellos, careciendo de interés por asistir a un programa de intervención dentro de los centros de readaptación, lo cual, hace necesario un análisis de la forma en que los agresores construyen las narrativas con que describen su realidad.

En respuesta a esto, esta investigación tiene la finalidad de analizar el contenido del discurso del agresor sexual de mujeres adultas, a través de una entrevista semi-estructurada, que permita conocer las narrativas relacionadas al concepto de mujer, agresión sexual y aquellas características que debería contener un programa de intervención que les sea atractivo para integrarse al mismo, con el fin de sentar las bases para construir programas de intervención que se aproxime, lo más posible a la realidad de los hombres generadores de violencia sexual.

Planteamiento del problema

En países más desarrollados, hasta hace algunos años los programas implementados hacia la atención de hombres generadores de violencia sexual, se centraban en una epistemología de corte positivista, las cuales suelen considerar

a las conductas de agresión sexual como enfermedades, traumas, aberraciones o distorsiones cognoscitivas (Murphy, 1990; Ward, Hudson, Johnston, & Marshall, 1997).

En México existen pocas investigaciones respecto a las personas generadoras de violencia sexual; y generalmente convergen con la teoría psicoanalítica (Lazarini, 1996) y modelos psicopatológicos (Herrera-Hernández, Marván, Saavedra y Contreras, 1992),

La influencia de las teorías de corte feminista, han planteado un fuerte cuestionamiento hacia los factores existentes dentro de una sociedad patriarcal, haciendo énfasis en las creencias sobre la incapacidad de control del hombre, lo que ha dado fuerza a nuevas concepciones. La teoría socio-construccionista propone que los agresores manejan una narrativa particular para manejar su responsabilidad. Auburn y De Susan (2003), investigaron las agresiones sexuales no como distorsiones cognoscitivas sino como acciones que se enmarcan en un contexto social, encontrando que: 1) Los agresores sexuales describen la agresión dentro de una serie de actividades rutinarias, como una sucesión de eventos sin planeación, 2) refieren cambios inesperados de dirección, 3) el agresor se construye a sí mismo de forma convincente, neutraliza versiones que lo colocan en una posición menos delictiva, 4) sus narrativas se caracterizan por considerar su conducta como normal, negando las narraciones que lo colocan como responsable y 5) su discurso los coloca en una posición pasiva de acuerdo a las acciones que se presentaron en la agresión.

El poder realizar investigaciones enmarcadas en la teoría socioconstruccionista en nuestro país, facilitaría la elaboración de programas de intervención clínica con mayor apego a las características, creencias y costumbres de la cultura mexicana y responder a las necesidades de la población varonil que se encuentra en los centros penitenciarios cumpliendo alguna condena por la comisión de violencia sexual.

A este respecto uno de los principales problemas que hasta ahora han enfrentado los programas de intervención, cuando los hay en los centros de readaptación social, es que plantean como requisito indispensable que los hombres generadores de violencia sexual busquen la atención de forma voluntaria, reconociendo que padecen un problema y que su conducta les produce diversas dificultades. Sin embargo, este hecho es totalmente contradictorio con la actitud que estos muestran en prisión, quienes en la mayoría de los casos no asumen la responsabilidad de sus acciones careciendo de la iniciativa para asistir a un programa de atención.

Por tanto, el conocer las narrativas de varones generadores de violencia sexual facilitaría la construcción de modelos de intervención basados en las creencias y costumbres acordes a la población mexicana, incluyendo elementos de la teoría construccionista y de género, que favorezcan la construcción de relaciones entre hombres y mujeres con mayor equidad, disminuyendo las interacciones en desigualdad jerárquica, asimismo, que los varones tomen conciencia de su responsabilidad y las consecuencias en las personas receptoras de dichas agresiones.

De aquí surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la construcción narrativa de mujer que hace el agresor sexual en la cultura mexicana?
- ¿Cómo se estructura la construcción narrativa del concepto de mujer en el agresor sexual?
- ¿Existe similitud en las estructuras narrativas de mujer entre los agresores sexuales de mujeres adultas?
- ¿Cuál es el concepto de los varones generadores de agresión sexual, de las conductas de agresión sexual?
- ¿Cuáles serían las características de un programa de intervención que llevarían a un varón generador de agresión sexual a involucrarse en el mismo?

Objetivos

- Conocer cuál es la construcción narrativa de mujer que hace el agresor sexual en la cultura mexicana.
- Conocer cómo se estructura la construcción narrativa del concepto de mujer en el agresor sexual.
- Conocer si existe similitud en las estructuras narrativas de mujer entre los agresores sexuales de mujeres adultas.
- Conocer cuál es el concepto de los varones generadores de agresión sexual, de las conductas de agresión sexual.
- Conocer cuáles serían las características de un programa de intervención que llevarían a un varón generador de agresión sexual a involucrarse en el mismo.

Supuestos teóricos

- Un acercamiento discursivo permite entender el acto de agresión sexual como un acto delictivo socialmente construido.
- Explorar un rango de alternativas en voces o narrativas puede proporcionar identidades sociales y morales diferentes en los agresores sexuales.
- Los agresores sexuales manejan una narrativa en donde existe una serie de dispositivos lingüísticos y retóricos para manejar su responsabilidad.
- Las agresiones sexuales son acciones que se enmarcan en un contexto social.

Marco Teórico

Malamuth (1986), explica los delitos sexuales violentos desde un punto de vista sociológico y psicológico. Según su teoría, la agresión sexual masculina se deriva de la suma de varios factores: Promiscuidad sexual, hombres con actitud hostil y dominante hacia las mujeres; los hombres que creen que la violación se justifica y hombres que tienen rasgos de personalidad antisocial. El mismo autor considera que la agresión sexual se produce cuando, además de existir ciertas motivaciones, las circunstancias reducen las inhibiciones que evitarían el ataque y se presenta una ocasión propicia.

Otras teorías suponen que el agresor sexual no domina sus impulsos o que su conducta sea compulsiva: Comportamiento Sexual Compulsivo (C. S. C.), ésta perturbación consiste en que la actividad sexual del individuo está motivada, no por el deseo sexual, si no por mecanismos reductores de ansiedad. Los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas hacen disminuir la ansiedad y la angustia, pero ponen en marcha un círculo vicioso. La actividad sexual brinda un alivio temporal, pero éste va seguido de más angustia. (Coleman, 1994).

El mismo autor explica que en su forma obsesiva-compulsiva, el comportamiento sexual carece de sentido y resulta disfórico y destructivo. Con frecuencia trae consecuencias indeseables como arrestos, lesiones, pérdida del trabajo y rompimiento de las relaciones. Se ha asociado con varios factores: traumas o abusos sufridos en la primera infancia; ambientes sumamente estrictos en cuanto a la sexualidad; una autoestima deficiente así como ansiedad y depresión. Muchos infractores sexuales a su vez han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, no obstante, este evento no es un factor determinante para que estos realicen la agresión sexual en un futuro, como lo demuestran los estudios realizados por Freud y Kuban (1994; citados en Nieto 1997).

En otro estudio realizado en el estado de Veracruz con varones que se encontraban cumpliendo condenas por el delito de violación, Herrera-Hernández, Marván, Saavedra y Contreras (1992), concluyeron que los sujetos que sufren de depresión pero sin rasgos de sociopatía están cercanos al daño infligidos a sí mismo, como el suicidio, en cambio, cuando confluyen rasgos ansioso-depresivos con rasgos antisociales lleva a los sujetos a infligir daño a otros incluyendo la violación sexual.

Las teorías psicoanalíticas también han intentado explicar la etiología de tales conductas, para Lazarini (1996), muchos de los actos delictivos tienden a satisfacer demandas inconscientes provenientes de aspectos delictivos internalizados de sus padres ya que muchos de estos individuos fueron sometidos –en la realidad o fantasía- a reiteradas experiencias abandono, maltrato físico, o psíquico por sus padres, por tanto, el sujeto violador es un individuo vengativo, que mantiene en el plano de la conciencia deseos de venganza contra las mujeres, que por proyección y desplazamiento inconsciente ocupan el lugar de la madre odiada.

Desde esta perspectiva se explica que es común encontrar en estos sujetos una marcada inadecuación sexual, e inmadurez en sus relaciones. Muestran una imperiosa necesidad de reafirmar su virilidad, exhibiendo desde comportamientos

temerarios, de seducción tipo “don Juan”, hasta conductas extremadamente violentas, en donde las más de las veces, son reacciones inconscientes a miedos tempranos relacionados con la castración, temores homosexuales, rivalidades pseudo-edípicas, impotencia y relaciones de amor-odio con las figuras parentales; todo lo anterior expresado o simbolizado en fantasías perversas y caóticas.

Así de acuerdo a Lazarini (1996), a través de la violación el sujeto parece comprobar: 1) Que no ha sido castrado, 2) puede penetrar y violar a la madre mala y odiada destruyéndola en el acto, 3) una pseudo-identificación parcial con el padre-falo idealizado, en realidad con la madre fálica todo poderosa, 4) en términos de la identidad no es homosexual y 5) en el acto violatorio, confirma que la madre lo deseaba, aminorando solo temporalmente la severa persecución interna, para después volver a aumentar y darle el carácter compulsivo al acto violatorio.

Lazarini agrega que la mujer para estos sujetos puede encarnar la madre fálica “completamente idealizada”, dicha idealización no tiene entonces otra función que la de continuar, a través de la mujer, protegiendo al perverso de la madre como objeto de deseo.

Por otro lado, Auburn y de Susan (2003), realizaron una investigación en donde su objetivo era reiterar de una manera empírica algunas ideas de la influencia feminista sobre las agresiones sexuales, como acciones que se enmarcan en un contexto social.

Estas autoras observaron que la forma en que describen sus ofensas se diseñan para producir ciertos efectos sociales, así en lugar de considerarlas como distorsiones cognoscitivas, se examinaron en relación a su acción social, es decir, la manera en que utilizan estas formas de narración.

Ellas encontraron que los hombres generadores de violencia se describen de una forma convincente, creíble que pueda neutralizar versiones que los coloque en una posición más delictiva, describiendo sus motivos como “normales”. Narran cambios inesperados de dirección en la sucesión de los eventos que los llevaron a la agresión, quitando cualquier atribución de planeación.

El narrador se coloca más como un agente pasivo, que como un actor activo en cuanto a planificar la agresión, el efecto de estas descripciones es mitigar la responsabilidad.

Estos resultados indican que ellos describen su narración en términos de construir una identidad como una acción social que mitigue la culpabilidad, producen una historia por la que se media un juego de distorsiones (creencias y actitudes, etc.) en donde, la narrativa es una forma de mitigación del reproche para guardarse fuera de las críticas.

Las mismas autoras llegan a la conclusión de que no existen distorsiones cognoscitivas, estas no guardan un estado como entidad cognoscitiva, sin embargo, culturalmente son las formas narrativas disponibles y dispositivos convincentes que se despliegan para manejar la responsabilidad y culpar a la ocasión.

Una inferencia importante del carácter narrativo del agresor es que se posiciona como menos rapaz y no como un miembro de la categoría de “agresores sexuales”.

Un acercamiento narrativo hace énfasis en que cualquier evento puede representarse en versiones diferentes y tales versiones son actividades socialmente construidas y por tanto, esta variedad de narrativas, crea formas diferentes de evaluar las características descritas en los actos de agresión sexual. Esta postura converge con los principios que guían las terapias familiares y especialmente con la teoría del construccionismo social.

El énfasis en las terapias familiares es explorar un rango de voces alternativas o narrativas que puedan proporcionar identidades sociales y morales diferentes. Reconocen que el trabajo en terapia grupal da la posibilidad de construir muchas versiones de los eventos sin hacer un juicio de verdad de una historia en particular. Las diferentes voces dan alternativas que se descubren en la conversación con el terapeuta y los participantes pueden escoger aquello que consideran que es más apropiado cambiar. Los modos de expresión escrita y oral preparan un proceso reflexivo y cada uno influye al otro, con el tiempo esto crea una narrativa terapéutica recursiva.

Los terapeutas pueden describir un juego de estrategias a través de preguntas que animen un cambio de la manera en que los agresores consideran su violencia y logren reconocer la responsabilidad de sus acciones, de igual forma facilita que se puedan posicionar como un evaluador de sus propios actos.

Auburn y de Susan (2003), concluyen que si estos principios terapéuticos son incorporados a los programas terapéuticos para hombres generadores de violencia sexual, la atención estaría íntimamente apegada al idioma del agresor y de todos los participantes en el grupo, lo cual les permitiría analizar la retórica de sus narrativas, lo cual facilitaría desarrollar nuevas narrativas en un recursivo ciclo reflexivo, por tanto, el cambio individual no tendría que ser entendido como una reestructuración cognoscitiva, sino como una forma de autenticar y legitimar la nueva identidad moral.

Método

Muestra:

La muestra quedará integrada por tres varones que se encuentren cumpliendo condena por el delito de violación sexual a mujeres mayores de 17 años, en los Centros de Readaptación Social del Distrito Federal.

Se utilizará un muestreo no probabilístico de tipo accidental, se incluirán solamente los sujetos que cuenten con las características antes mencionadas (Levin, 1992).

Tipo de Investigación

Este estudio pertenece a la categoría de investigación no experimental, pues no se tiene el control directo sobre las variables debido a que son inherentes y no manipulables (Kerlinger, 1994).

Es un estudio de campo de tipo exploratorio- descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 1991); exploratorio porque busca examinar las narrativas de varones generadores de violencia sexual, a través de la teoría del construccionismo social, una aproximación que no se ha realizado en México y descriptivo porque busca describir las características de dicho fenómeno, con relación a su aparición, frecuencia y desarrollo.

Instrumentos

Entrevista a profundidad

En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2003).

En la investigación cualitativa se realizan entrevistas semi-estructuradas que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan una apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados.

Guía de entrevista a profundidad

1. ¿Cómo consideras que debería de ser una mujer?
2. ¿Para ti que es lo más importante en una mujer?
3. ¿Cómo es que te involucras en el delito por el que estas aquí?
4. ¿Qué piensas de la violación o abuso sexual?
5. ¿Se han modificado tus pensamientos acerca de la mujer, a partir de que estas aquí?
6. ¿Te interesaría participar en un grupo para conocer nuevas forma de relación con la mujer?

Escenario:

El escenario en donde se realizara la investigación será uno de los Centros de Readaptación Social del Distrito Federal que sea autorizado para tal fin

Procedimiento

1. Se realizará una entrevista de 50 a 60 minutos, semi-estructurada, la cual contendrá seis preguntas guías, todas las entrevistas serán audiograbadas, previa autorización de los entrevistados.
2. Se realizará la transcripción al término de la entrevista, buscando conservar la fidelidad de la información.
3. Se realizará la codificación del texto, categorizando las construcciones narrativas, de acuerdo a su incidencia.

Análisis de los datos

La información obtenida en la entrevista a profundidad, será sometida a un análisis de contenido, el cual puede definirse como "...una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades (López-Arangurán, 1986).

El análisis de los datos debe de ser sistemático, seguir una secuencia y un orden, Krueger (1998, citado en Álvarez-Gayou, 2003), propone seis pasos:

1. Contar con una secuencia ordenada de preguntas, de las menos complejas a las más complicadas.
2. La captura, la organización y el manejo de la información.

3. La codificación de la información.
4. Verificación participante, que consiste en brindar la oportunidad a los participantes de verificar lo que el investigador ha encontrado.
5. Después de las sesiones, contrastar las diferentes percepciones de los colaboradores.
6. se plantea la posibilidad de que los resultados se compartan con los participantes y otros investigadores.

Referencias

Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós

Auburn y De Susan (2003). Doing cognitive distortions: A discursive psychology analysis of sex offender treatment talk. *The British Journal of Social Psychology*. Recuperado el día 23 marzo del 2004 de la base de datos ProQuest. Url: <http://proquestmail@il.proquest.com>

Coleman, E. (1994). Delincuentes sexuales: Métodos de prevención y tratamiento. Consejo Nacional de Población (Eds.). *Antología de la sexualidad humana*. Vol. III (pp. 315-337). México: Porrúa.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Herrera-Hernández, Marván, Saavedra y Contreras (1992). Niveles de ansiedad y depresión en procesados por violación. *Acta psiquiátrica psicológica de América Latina*. Vol. 39 N° 1 pp. 53-57

Kerlinger, F. (1994). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill

Lazarini, J. L. (1996). De la violencia a la violencia sexual. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 4 N° 3. pp. 43-49.

Levin, J. (1992). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Harla,

López-Arangurán, E. (1986). "El análisis de contenido". En: García, M. (1986). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.

Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 331-342). New York: Plenum Press.

Nieto, G. L. (1997), *Características de Personalidad en las madres de niñas que han sido víctimas de abuso sexual*. Tesis de Maestría. UNAM. México.

Malamuth, N. M. (1986). Predictors of naturalistic sexual agresión. *Journal of personality and Social Psychology*, Vol. 50, pp. 953-962

Vallejo, M. G. (2006). Entre 9 y 13 denuncias al día por violación y delito sexual en el DF. Recuperado el 15 marzo 2006 de la base de datos cimacnoticias,

periodismo con perspectiva de género. Url:
<http://cimacnoticias.com/temas/violencia>.

Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.

ANEXO 3

	<h1>Universidad Nacional Autónoma de México</h1> <h2>FACULTAD DE PSICOLOGÍA</h2> <h3>Programa De Maestria y Doctorado</h3>			
Introducción	Teoria Constructivista	Psicoterapia Cognitiva Narrativa	Psicoterapia Narrativa Construccionista	Expositores
	<p><i>RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR</i></p> <p><i>GENERACIÓN</i></p> <p><i>2004-2006</i></p> <p><i>TEORÍAS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN I</i></p> <p><i>PROFESORES:</i></p> <p><i>MTRC. JORGE ORLANDO MOLINA ÁVILES</i></p> <p><i>MTRC. C. ARTURO LARA MARTÍNEZ</i></p> <p><i>OBJETIVO</i></p>			

ANEXO 4



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa De Maestría y Doctorado

[Introducción](#)

[Estudios de
Confiabilidad](#)

[Estudios de Validez](#)

[Bibliografía](#)

[Integrantes De La
Generación 2004-2006](#)



RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

GENERACIÓN

2004-2006

MEDICIÓN Y EVALUACIÓN I Y II

PROFESOR:

MTRO. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS.

OBJETIVO

DISEÑAR INSTRUMENTOS DE CUANTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, CUBRIENDO LOS REQUISITOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

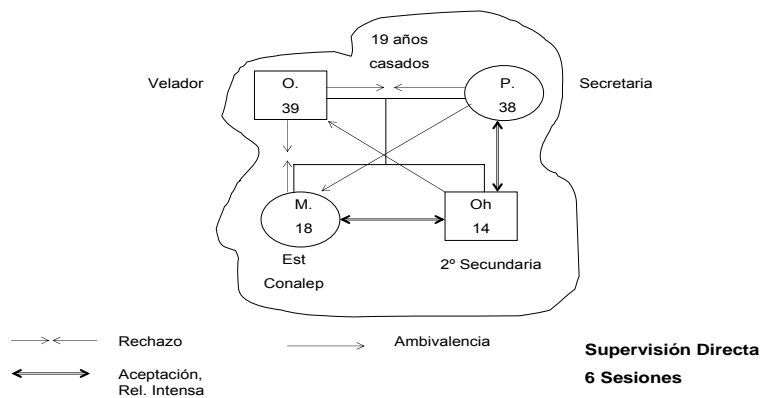
ANEXO 5

LA APLICACIÓN DEL MODELO NARRATIVO DE WHITE EN UN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR.

Presenta:

Marco Antonio Toquero Hernández
Supervisora Mtra. Nora Rentería
Residencia en Terapia Familiar

FAMILIOGRAMA



1ª Sesión:

Conocer los efectos del problema en la vida de los miembros de la familia.

(Mapa de problema)

1. Un mes anterior a la primera sesión, presentaron un conflicto con muestras de violencia verbal y física entre los integrantes de la familia.
2. El Sr. "O" estrelló el celular de "M" en el piso.
3. "M" en respuesta rocía tinta de zapatos en la ropa del Sr. "O" y rompe con una navaja las llantas de su bicicleta.
4. La Sra. "P" agrede físicamente y amenaza con una navaja al Sr. "O" quien únicamente esquiva los golpes.
5. "O-h" Se mantiene a la expectativa, sin embargo, menciona que en caso de que su papá le hubiera pegado a su mamá, tendría que haber intervenido golpeando a su padre.

Técnicas Utilizadas en la primera sesión

1. *Se reconoció como la violencia estaba presente en cada uno de los miembros de la familia.*
2. *Se reconocieron las intenciones de cada uno de los miembros de la familia para asistir a las sesiones, así como su compromiso por mejorar su situación familiar. Asimismo, se retomó el lenguaje y los significados que cada integrante fue mencionando durante el desarrollo de la sesión.*
3. *Se externalizaron los efectos de la presencia de la violencia.*
4. *Se estableció un contrato de no violencia de acuerdo a Corsi.*

Técnicas Utilizadas en la segunda sesión

1. *Se realizaron preguntas de influencia relativa al panorama de la acción*
¿Sra. "P" pudo reconocer algo diferente en usted misma, que favoreciera que no se presentara un evento de violencia?
¿Sra. "P" pudo reconocer algo diferente en el Sr. "O"?
¿El Sr. "O" hizo algo que la invitara a tenerle más confianza y poder comentarle las cosas con mayor facilidad?
¿Sr. "O" usted notó algo diferente en la Sra. "P" que lo invitara a estar más tranquilo?
2. *Se contextualizó la significación del evento extraordinario a través del pasado, presente y futuro.*
3. *Se exploró los sentimientos que acompañan a la violencia cuando esta se presenta*

Intervenciones de la 5 sesión

Se realizan preguntas en el campo de la identidad, con el fin de que el Sr. "O" reconociera el cambio de actitud que ha presentado y que ha contribuido a que mantenga una mayor cercanía con sus hijos.

Qué me diría "M" si yo le preguntara ¿Qué viste en tu papá que te ha permitido hablarle de manera más tranquila y por lo tanto, él se sienta escuchado?

¿Qué dice de ti, el hecho de que te hayas comprometido a no reaccionar en forma violenta y lo hayas cumplido?

¿Qué dice de "O" como padre, el hecho de que te hayas comprometido a no reaccionar en forma violenta y lo hayas cumplido?

¿Qué dice de "O" como pareja, el hecho de que te hayas comprometido a no reaccionar en forma violenta y lo hayas cumplido?

Conclusiones

- El modelo narrativo, permite mayor libertad de acción al plantear las intervenciones.
- Ver a las personas como personas y al problema como problema
- La importancia de manejar los tiempos, lo cual permite establecer diferencias.
- Esperar el ritmo del paciente.

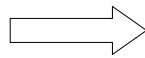
ANEXO 6

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

***“CONSTRUYENDO LA OTRA CARA DE
LA VIOLENCIA”***

Nydia Obregón Velasco
Marco Antonio Toquero Hdz.

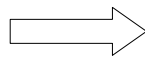
Síntesis



SUSTENTO TEÓRICO

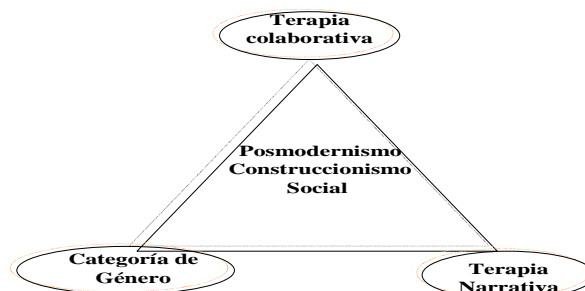


OBJETIVOS



RESULTADOS

Sustento Teórico



CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

- ψ El “*Self*” (YO) se construye socialmente; a través del lenguaje y la conversación
- ψ Hay una multiplicidad de realidades
- ψ El espacio terapéutico es entonces un generador de nuevos significados que llevan al cliente a la construcción de un nuevo self.

Categoría de Género

- ψ Construcciones culturales; ideas de roles apropiadas para mujeres y hombres.
- ψ La violencia como un desequilibrio de poder, enmarcada en una cultura caracterizada por roles estereotipados de género
- ψ Poder y el padecer masculino

Terapia colaborativa

- ψ La realidad se teje en telares sociolingüísticos
- ψ La multiplicidad de verdades
- ψ La terapia como una conversación, adoptando una postura de curiosidad
- ψ Actitud de curiosidad y respeto por el discurso del consultante

Terapia narrativa

- ψ Los seres humanos, son “seres interpretantes”; los relatos constituyen el marco de inteligibilidad que permite realizar esa interpretación.
- ψ La orientación construccionista acompaña la metáfora narrativa.
- ψ Se vive a través de los relatos que se tiene sobre la vida y que esas historias en efecto moldean las vidas y las constituyen.
- ψ Cuestionamiento de las historias dominantes y la construcción de historias alternativas

Carta de presentación

ψ Duración:

15 horas distribuidas en 5 sesiones de 3 horas.

ψ Dirigido a:

Internos del Centro de Readaptación Social Varonil

ψ Objetivo General:

Favorecer a la población del Centro de readaptación Social Varonil, el medio propicio que les permita analizar y reflexionar sobre sus conductas violentas hacia su entorno, así como la posibilidad de construir formas de interacción sin violencia.

Objetivos específicos:

- ψ Que el interno distinga la diferencia entre agresividad, violencia, y tipos de violencia.
- ψ Que el interno identifique la violencia como un acto socialmente construido, mantenido por creencias estereotipadas de género.
- ψ Que el interno identificara los efectos del maltrato recibido y así el impacto de su conducta violenta en otros.
- ψ Que el interno construyera formas de interacción alternativas que no incluyan la violencia como forma de relación.

Temáticas o Contenidos:

1. Conductas violentas.
2. La violencia como un acto social constituido.
3. Relatos dominantes que mantienen la conducta violenta.
4. Construcción de alternativas de interacción sin violencia.

Conclusiones

- Se logró generar un espacio que brindara un lugar seguro donde se permitieran narrar historias de maltrato.
- Esto contribuyó para que los participantes transitaran de un discurso esencialista acerca de la violencia, en donde se utilizaban frases como: **“Somos impulsivos” “Necesitamos control” “Somos explosivos”** a un discurso relacional y contextual que incluye la toma de responsabilidad por sus conductas violentas; **“No hay que echarle la culpa a la familia, también somos culpables, no se nace con la violencia se aprende”**.

La postura colaborativa ofrece la posibilidad de acceder ha este tipo de poblaciones logrando construir historias alternativas y formas de relación más satisfactorias, modelando una relación en la cual no está presente el poder y el control.

La flexibilidad para insertarse en los diferentes campos del quehacer clínico. Y reconocer la posibilidad de que el terapeuta cuestione sus propias preconcepciones y reafirmar sus creencias acerca de las personas como seres con recursos y potencialidades.