

9  
24.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA



UNA APROXIMACION A LA NARRATIVA COMO  
MODELO TERAPEUTICO EN EL MANEJO  
DE LA EXPERIENCIA DE VIOLACION

**REPORTE DE SERVICIO SOCIAL**  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A  
**MA. DEL ROCIO FIGUEROA BURGOS**

DIRECTOR. LIC. PEDRO VARGAS AVALOS

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

**A mis Padres:**

**Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerles esta vida de lucha, amor, sacrificio y superación constante. Sólo espero que comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.**

**MIL GRACIAS  
LOS AMO**

**A mis hermanos:**

**Por cada frase de aliento, por su insuperable apoyo y ejemplo, y por haberme dicho siempre las palabras necesarias en los momentos que más las necesité.**

**Quiero agradecer al Lic. José Antonio Rea por sus siempre oportunos comentarios y porque a pesar de sus actividades me brindó el apoyo y la ayuda que necesité durante la elaboración de este trabajo.**

**Mi más sincero agradecimiento para tí Pedro, por ser  
amigo y maestro, por tus valiosas enseñanzas y asesorías,  
y por guiar mis pasos en esta noble carrera.**

**Ser social involucra siempre  
ir con otro, y se va libremente  
sólo con el que se ama**

**Para tí, Victor.**

# INDICE

Prólogo .....	i
Introducción .....	1
<b>Parte Uno</b>	
Capítulo 1 Una Reseña Histórica del Enfoque Sistémico .....	6
Capítulo 2 La Narrativa Terapéutica: Un modelo para crear historias alternas .....	35
Capítulo 3 La Violencia Sexual .....	49
<b>Parte Dos</b>	
Capítulo 4 A.V.I.S.E.: Una institución para la atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual .....	60
<b>Parte Tres</b>	
Capítulo 5 Presentación de Caso Clínico .....	70
Conclusiones .....	85
Referencias Bibliográficas .....	89



## **Prólogo**

El conocimiento se presenta a veces como reflejo, otras como asimilación, o como viaje, o como exploración. Cada imagen supone un conjunto de creencias y un sistema de valores. Cada época prefiere inevitablemente ciertas metáforas. [No obstante, la pasión desborda la copa del tiempo].

*Piatelli Palmarini*

Es para mí un honor y un placer que se me haya pedido escribir este prólogo. El ámbito de la psicología clínica, está lejos de rendir tributo a un modelo único. Es más, del interior de los modelos emergen perspectivas y, algunas de ellas, "maravillosamente" se fugan de las bases que permitieron su generación, mostrando la trayectoria de su silueta que se aleja de un punto: la narrativa.

Hay ciertas perspectivas en los modelos psicológicos que conforme ha pasado el tiempo, parecen creadas por un accidente y, de ellas sólo escuchamos referencias, tan pobres, que no provocan la emoción que implica rastrear sus orígenes.

En otras perspectivas, se prefiere que las rutas trazadas inicialmente se desvanezcan. No obstante, sus rastros conceptuales, comprometen a tal grado que sus posturas, sujetadas por hilos invisibles, tarde que temprano, deben dar cuenta de las consecuencias de su operar en la relación entre personas.

En contraste, en el escrito de Rocío Figueroa se percibe una vigilancia epistémica: una pasión por hacer transitable un camino y, la honestidad de poner a la vista los puntos de referencia que ha utilizado para orientarse en su actividad práctica.

*José Antonio Rea Gutiérrez*

## **Introducción**

Las actividades del prestador de Servicio Social de la carrera de Psicología, representan un enlace importante entre los conocimientos adquiridos dentro del aula escolar y la praxis real. Sin embargo, dadas las diferentes problemáticas y los contextos tan variados a los que el alumno se enfrenta, se hace necesaria una búsqueda y utilización de un acervo teórico-técnico más amplio que complemente y amplíe su campo de acción.

En los últimos años, dentro de la Psicología Clínica, han surgido enfoques innovadores que abordan de una manera epistemológica y estéticamente diferente, las diversas demandas que se presentan. Inmersa en estas innovaciones, la Narrativa Terapéutica se ha consolidado como una importante alternativa de trabajo terapéutico. La utilización e implementación de este nuevo enfoque, ayuda a enriquecer el campo de acción del prestador de Servicio Social y, en sí, de todo aquel profesional cuyo objetivo e interés esté centrado en promover y colaborar con la gente en los cambios que ésta solicita en la terapia.

La Narrativa, que en términos generales plantea que los problemas surgen en la interacción social a través del lenguaje y del significado que se le atribuye a los eventos, y que son los problemas historias o narrativas que no encajan con la imagen o la vivencia que la persona tiene de sí misma, es un modelo que muy bien se ajusta a los diferentes casos de Violación y Abuso Sexual. Casos que, por sus características,

por la gravedad de sus efectos, por los tabúes que giran alrededor de ellos y por las implicaciones legales y familiares que se generan, han llegado a pensarse como un problema diferente, que sólo puede ser atendido por un grupo especial de profesionales.

Aún cuando en los últimos años la sociedad ha llegado a afrontar muchos temas relacionados con la sexualidad, pareciera existir todavía una barrera que queda por superar a la hora de tratar abiertamente situaciones relacionadas con la violación, sobre todo cuando ésta ha sido cometida contra un menor de edad.

La violación de menores ha sido considerada como un "delito oculto", debido principalmente a que muchos niños y adolescentes, por miedo o por vergüenza, prefieren no contar el evento; y a que muchos padres o familiares, por sus propios motivos, no denuncian los casos a las autoridades correspondientes. No es difícil pensar entonces que una gran proporción de estos casos se mantengan ocultos, y salgan a la luz después de mucho tiempo, cuando la persona, o personas implicadas solicitan apoyo terapéutico al experimentar dificultades en su vida adulta; y atribuyan la causa a episodios de violencia sexual sufridos durante la infancia o adolescencia. Día a día se toma más conciencia del impacto que la experiencia de violación tiene en las vidas de muchas personas que acuden en busca de ayuda profesional; y día a día también, se toma conciencia de la necesidad de contar con alternativas de apoyo para esas personas.

El presente reporte tiene como objetivo mostrar el Modelo Narrativo, sus principios e implicaciones más importantes; y ejemplificar a través de un Caso Clínico atendido durante el Servicio Social, estrategias posibles, prácticas y útiles para la terapia en los casos de personas adultas que vivieron una experiencia de violación en la infancia. El proceso de la Narrativa contribuye a que la persona no se sienta "afectada" o "dañada"

de por vida por la agresión; y facilita, a través de la entrevista y el diálogo, cambios en la percepción que tiene de sí misma y del problema que refiere.

Para el objetivo de este Reporte, el trabajo se ha dividido en cuatro apartados principales. En el primero se hace una presentación de los campos de problematización alrededor de los cuales gira el Reporte de Servicio Social. Se expone, a modo general, una reseña histórica del Enfoque Sistémico, y de cómo es pensable el modelo Narrativo a partir de los principios y giros que el Enfoque Sistémico ha tenido.

Dentro del mismo primer apartado, se realiza una descripción de los elementos, procesos e interacciones que se presentan como parte de la estructura y procedimiento de la Narrativa; y se busca establecer, a partir de las concepciones teóricas y documentación en la experiencia clínica, algunas relaciones explicativas que contribuyen a ampliar y profundizar en el proceso de la Narrativa Terapéutica.

Se expone también un subapartado con el tema de Violencia Sexual, el cual destaca las posibles implicaciones de esta experiencia y el cómo es posible abordarla poniendo el acento en el Modelo Narrativo.

El segundo apartado presenta una breve semblanza de la institución donde se realizó el Servicio Social (el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual "A. V. I. S. E."), así como de las actividades desarrolladas y el tipo de población atendida durante el mismo.

En el tercer apartado se presenta el Caso de una paciente adulta que solicitó apoyo en el Centro A. V. I. S. E., y que fue víctima de violación en su infancia. Este apartado cristaliza los conceptos analizados en los capítulos anteriores a través de la presentación del proceso terapéutico de la paciente.

Por último, el trabajo presenta un apartado de conclusiones donde se muestran las posibilidades que en perspectiva el Modelo Narrativo abre o da pie, y la posibilidad

---

**de aplicarlo al contexto de la violencia sexual. Al mismo tiempo, se habla de la importancia de profundizar en el trabajo de la violación y el abuso sexual, así como la oportunidad que tiene el psicólogo de prestar servicio y abrir perspectivas de trabajo en este campo.**

# Parte uno

# Capítulo 1

## Una Reseña Histórica del Enfoque Sistémico

### Las Conferencias Macy y la Cibernética

1942: Nueva York. Frank Freemont Smith, director de la fundación Josiah Macy<sup>1</sup>, propició uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la Ciencia al patrocinar una serie de conferencias que promovieron nuevas formas de explicación en la ingeniería, la biología y el área social.

A dichas conferencias acudieron expertos de diversas disciplinas, quienes manifestaron su interés por la estructura y el marco conceptual que se prefiguraba. Dentro de los exponentes más importantes destacaron los matemáticos Norbert Wiener y Walter Pitts, el fisiólogo Arturo Rosenblueth, el ingeniero químico John Von Neuman, el neurofisiólogo Warren McCulloch, el psiquiatra Milton Erickson y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson entre otros. Todos ellos compartían la perspectiva según la cual era importante intentar comunicarse más allá de las fronteras que separan a las diferentes ciencias (Wittezaele y García, 1994).

En la mayoría de los encuentros el tema se enfocó a los problemas de comunicación, a los mecanismos de retroalimentación y sistemas causales circulares en los sistemas biológicos y sociales (Keeney, 1991). Se habló de circuitos, de servomecanismos y su

---

<sup>1</sup> Fundación Norteamericana que concedió subvenciones de 1930 a 1960 para la organización de conferencias, de coloquios y de simposios en el campo de la ciencia humanas.

relación con el concepto de entropía, así como también de la Teoría de Bertrand Russell sobre los Tipos lógicos y las Paradojas, y de los sistemas de comunicación que dependen de la información y no de energía (Heims, 1975).

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy de 1942 hasta la de 1953 y de los trabajos realizados en forma independiente en esos mismos años, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron "un nuevo marco conceptual de referencia": La cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y la máquina. Con la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas artificiales como entender sistemas naturales (Pakman, 1991).

Con la aplicación de las nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, organización, etc.) al campo de la ciencia, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas. De manera particular, la cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La cibernética, junto con la teoría general de los sistemas, se tornó en el soporte teórico de un campo emergente, que más tarde se convirtió en la Terapia Familiar. Dentro de este desarrollo, Gregory Bateson jugó un papel fundamental.

*Una nueva epistemología surge en la comunidad científica. Más que concepto de energía y la idea de causalidad lineal, sus principios provienen de la cibernética: la causalidad es de tipo circular y la información constituye el elemento central: la concepción del mundo ya no está en términos de energía, sino de información.*



### **Gregory Bateson y la Terapia Familiar**

Los aportes que Gregory Bateson legó constituyen, en mucho, la base teórica más importante en el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica. Bateson introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética al campo de la terapia. De alguna manera la invitación que le hizo el Psiquiatra suizo Jurgen Ruesch para participar en un estudio sobre la comunicación humana, marcó un giro hacia una nueva visión en este campo.

Bateson se instaló en una clínica psiquiátrica de San Francisco en 1947; realizó entrevistas y observaciones etnográficas en el contexto psiquiátrico, con el propósito de identificar detalles sobre el intercambio de mensajes en el transcurso de una psicoterapia eficiente y con la cual se obtuvieran cambios favorables. Los puntos de vista epistemológicos más importantes de sus entrevistas, aparecieron en un libro que publicó junto con Ruesch en 1951: *"Comunicación: La matriz social de la psiquiatría"* (Ruesch y Bateson, 1984) El análisis principal de este libro se centró en la comunicación como la matriz donde encajan todas las actividades humanas<sup>2</sup>.

En el libro, Bateson puso especial énfasis sobre la interacción del hombre con su entorno en el sentido amplio, que se efectúa a través de la Comunicación. Resaltó que en los procesos de interacción, el elemento que determina las reacciones y el comportamiento es el paso de informaciones así como los procesos que están implicados en su tratamiento. Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación. Todo suceso es un mensaje y lo que cuenta es qué tipo de transmisión de información se está llevando a cabo. Bateson introdujo también la idea

---

<sup>2</sup> Idea que a la fecha prevalece en gran parte de las investigaciones sobre la Terapia Familiar Sistémica.

de los niveles jerárquicos del mensaje; refirió que cada mensaje contiene por lo menos dos niveles: un nivel de contenido y un nivel de significado. Él fue uno de los primeros investigadores en sostener la importancia de la función jerárquica de los niveles de abstracción o tipos lógicos de la comunicación (Bateson, 1976).

En el Hospital de Veteranos de Palo Alto, Bateson inició en 1952 un Proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a Paradojas. El proyecto lo puso en marcha en colaboración con John Weakland, ingeniero químico y exdiscípulo suyo; con Jay Haley, estudiante de Posgrado en Artes, y con el psiquiatra William Fry (Lipset, 1991).

El equipo analizó, entre otras cosas, el entrenamiento de perros para ciegos, el diálogo entre un ventrílocuo y su marioneta, el discurso esquizofrénico en "ensalada" de palabras, así como también el tipo de comunicación que empleaba el psiquiatra estadounidense Milton Erickson<sup>3</sup> (Winkin, 1987). Bateson por su parte, se enfocó al estudio de nutrias con el objeto de observar si entre estos animales existía una comunicación que los hiciera distinguir un comportamiento lúdico de uno de combate. El investigador sospechaba que los seres humanos (y tal vez muchos animales) llegan a reconocer las señales que intercambian identificándolas exactamente como señales (Bateson, 1976b).

En el año de 1953, el grupo comenzó a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar

---

<sup>3</sup> Milton H. Erickson fue una figura poco común para su tiempo. Practicó la terapia desde finales de los años 20 hasta finales de los 70. Durante buena parte de esos años, el psicoanálisis dominaba la psicoterapia, sin embargo, Erickson encontró su propio método terapéutico lejos de la corriente analítica principal (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1990).

mensajes pautados tradicionalmente, y que no hacían una diferencia entre fantasía y realidad: confundían una declaración metafórica con una literal.

Los trabajos y las observaciones de los miembros del proyecto, fueron publicados hasta el año 1956 en la revista "Science" gracias a las gestiones de Donald DeAvila Jackson, psiquiatra integrado al equipo en 1954<sup>4</sup>. El artículo de Bateson, Haley, Jackson y Weakland (1976) titulado "*Hacia una Teoría de la Esquizofrenia*", trató de dar respuesta a la pregunta: ¿existe alguna indicación de que ciertas formas de psicopatología se caracterizan por anomalías en el manejo que el paciente esquizofrénico hace de los niveles de abstracción y paradojas de los mensajes?.

#### *Teoría del doble vínculo*

La aparición del artículo "*Hacia una teoría de la esquizofrenia*" fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría. En él se afirmaba por primera vez, que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo y que era el producto de las relaciones familiares (Haley en Wittezaele y García, 1994). Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: "la enfermedad mental" empezó a considerarse dentro de

---

<sup>4</sup> Don Jackson hizo la carrera de medicina y se especializó en psiquiatría. Se sintió interesado por el psicoanálisis y por los trabajos de Milton Erickson sobre la hipnosis. Su trabajo con pacientes y las familias de éstos, lo llevaron a formular algunas de sus concepciones más creativas. Bateson lo invitó a participar en el proyecto de investigación cuando conoce su artículo "*El problema de la homeostasis familiar*" (Jackson, 1977), en el que maneja la idea de que la familia es una unidad y que las interacciones entre sus diferentes miembros tiende a mantener una cierta constancia relacional de tipo homeostático. Jackson representó un giro capital en la evolución del grupo de Bateson. Fue un terapeuta talentoso y un hombre trabajador e infatigable. El aportó credibilidad clínica al grupo y lo introdujo de manera importante al mundo de la psiquiatría (Wittezaele y García, 1994).

patrones específicos de interacción. Los trabajos de Bateson y su equipo con las familias de los pacientes esquizofrénicos jugaron un rol importante en el desarrollo de este postulado al percatarse de que la visión que se tiene del individuo es más útil y apropiada cuando se considera como parte de un contexto ecológico<sup>5</sup>.

En el artículo se manejaron dos principios que con el tiempo dieron sentido de manera significativa a la Terapia familiar sistémica. Dichos principios fueron: 1) La familia como sistema homeostático y 2) La hipótesis de doble vínculo.

En 1954, Jackson describió a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación (feed-back) reactivado por errores, y propuso el hablar de un síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. Jackson insistió sobre la importancia de las reglas de intercambio que se instauran en las relaciones interpersonales: "La familia es un sistema regido por unas reglas: sus miembros se comportan de una manera repetitiva y organizada, y este tipo de estructuración de los comportamientos puede ser aislado como un principio rector de la vida familiar" (Jackson, 1977 p.16). Para Jackson, el sistema familiar debía ser observado de manera concreta, en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a los otros. De esta manera, la atención se desplazó del individuo en sí, al individuo visto como sistema, interactuando con los demás sistemas en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado (Winkin, 1987).

El segundo principio (hipótesis de doble vínculo) fue planteado como un tipo de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que

---

<sup>5</sup> La contribución de Bateson supuso la "emancipación" del psicoanálisis, ya que define la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos.

produce definiciones conflictivas en la relación. La expresión "doble vínculo" alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, Haley, Jackson, Weakland, 1976). Los participantes del Proyecto establecieron que una situación de doble vínculo se presenta cuando: a) dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas, y b) cuando el mensaje está estructurado de modo que: 1) afirme algo, 2) afirme algo de su propia afirmación y 3) ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes, y dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido.

Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga, por tanto, acceso a metacomunicarse. El sujeto ante esta situación queda sin ningún tipo de opción, y solamente puede salir si consigue elaborar un mensaje en un nivel lógico distinto (Bateson, 1976).

La teoría del doble vínculo pasó a formar parte del proyecto denominado terapia familiar de la esquizofrenia. Esta teoría incluía la idea de describir la comunicación en términos de niveles con la posibilidad de que estos niveles entraran en conflicto y dieran lugar a una paradoja, o vínculo, en donde ninguna respuesta aceptable es posible (Haley, 1993).

*La teoría del doble vínculo constituyó un intento de describir algunos de los procesos de la situación de aprendizaje esquizofrénico, e inicialmente se refirió al vínculo impuesto por los padres a los hijos. La distinción que esta teoría planteó, caracterizó el pensamiento que posteriormente llevaron a Jackson, Weakland y Haley, a elaborar en el curso de los años sesenta, la terapia familiar sistémica.*

**La Primera Lectura de Bateson por el MRI**

Durante las investigaciones sobre el doble vínculo, Jackson se sintió interesado por desarrollar la parte terapéutica de esta teoría<sup>6</sup>. Con el objetivo de profundizar sobre el tema creó en 1959 el Mental Research Institute (MRI), en donde tuvo como colaboradores de manera inicial a Virginia Satir (trabajadora social) y a Jules Riskin (psicólogo) (Witzezaele y García, 1994).

De 1959 a 1962, Jackson trabajó de manera paralela en el MRI y en el proyecto de Bateson<sup>7</sup>. En 1960 contrató al psicólogo austriaco Paul Watzlawick, y en 1962 (año en que finaliza el proyecto de Bateson) a John Weakland y a Jay Haley<sup>8</sup>. Las vertientes del trabajo del MRI se dirigieron principalmente a la formación de terapeutas<sup>9</sup> y al desarrollo de la terapia familiar, así como a las investigaciones sobre el proceso de cambio; sin dejar de lado, por supuesto, las investigaciones sobre la comunicación, la familia y la enfermedad mental.

Paul Watzlawick continuó trabajando las ideas expuestas en el proyecto Bateson. En 1967 publicó el libro *Teoría de la Comunicación Humana (1987)*, cuya aparición abrió las puertas de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyado en la comunicación<sup>10</sup>. En su obra Watzlawick sistematizó, por primera vez y de forma

---

<sup>6</sup> Interés no compartido ni alentado por Gregory Bateson.

<sup>7</sup> Proyecto sobre las paradojas de la comunicación.

<sup>8</sup> Gregory Bateson se marchó a las islas Vírgenes para continuar su trabajo sobre la comunicación de animales marinos.

<sup>9</sup> Esta actividad estuvo encabezada por Virginia Satir, quien mostró por primera vez el desarrollo de una sesión e introdujo la utilización de video, de micrófonos y del espejo unidireccional para el entrenamiento y la formación de terapeutas (Witzezaele y García, 1994).

<sup>10</sup> La aparición del libro figuró una ciencia del comportamiento al sentar las bases de una "pragmática de la comunicación".

particularmente precisa, una serie de nuevas ideas fundadas en la cibernética y la hipótesis del doble vínculo. Describió la utilización terapéutica de conceptos batesonianos, así como las características básicas de la comunicación humana y sus posibles perturbaciones.

Con la fundación del MRI, se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmática de la comunicación humana. Los trabajos hechos en el Instituto promovieron un enriquecimiento intelectual y se ubicaron como la primera asociación que consideró el uso clínico de las conceptualizaciones batesonianas para comprender las formas de interacción en grupos humanos (Jackson, 1968; 1977).

El trabajo del MRI se centró en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica terapéutica. El Instituto comenzó su actividad formal con familias poniendo énfasis en la interacción y en el modo como las personas se comunican entre sí (Wittezaele y García, 1994). Trataban de buscar la información que revelara a los miembros de la familia la homeostasis y la matriz de su comunicación. A este respecto Haley dice: "Nos interesábamos en la idea de la homeostasis, la cual plantea que la gente se influye recíprocamente por medio de las respuestas que dan los comportamientos de los otros" (Haley, 1985, p. XI).

Observaban el comportamiento de la interacción sobre el sintoma y, de acuerdo con los preceptos de la terapia familiar, intentaban comprender la función de éste en la familia. Después de realizar dicho análisis, continuaban el trabajo tratando de llevar a las personas a un tipo de interacción diferente. Sin embargo, para los miembros del MRI, esta última acción no quedaba siempre clara.

Con el objeto de tener bases más explícitas sobre cómo lograr un cambio en la familia, el equipo emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don Jackson y por Milton Erickson, quienes eran asombrosos en sus diagnósticos e intervenciones.

pero no formalizaban todo lo que hacían en las sesiones (Wittezaele y García, 1994). Los encuentros que tuvieron Haley y Weakland con Erickson durante las investigaciones sobre las paradojas de la comunicación, y los encuentros posteriores de éste último con todos los integrantes del MRI sentaron muchas de las bases para la nueva orientación de trabajo del Instituto.

*Si Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccional-sistémica en psicología y psiquiatría, Erickson representa el maestro a quien hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales.*

#### **Milton Erickson y el proceso de cambio**

Milton Erickson, el psiquiatra e hipnoterapeuta más reconocido en Estados Unidos, tuvo contacto con Gregory Bateson desde 1942 al ser uno de los invitados para participar en los encuentros de la fundación Macy (Zeig, 1985).

Erickson por aquellos años, se hallaba en la fase culminante de su carrera como hipnotizador y psicoterapeuta, pero sobre todo era famoso por su forma tan particular de hacer terapia, que se basaba en estrategias inusitadas y opuestas a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaba no sólo por su originalidad operativa, sino también por sus eficientes resultados.

En 1953, durante la investigación sobre las paradojas en la comunicación, Jay Haley y John Weakland comenzaron a visitar semanalmente a Milton Erickson. Interesados por el personaje, estudiaron extensamente el tipo de comunicación terapéutica que empleaba, sus estrategias terapéuticas, así como sus ideas referentes a las



problemáticas psicológicas y psiquiátricas. Weakland y Haley utilizaron los conceptos desarrollados durante el Proyecto Bateson para describir tanto la interacción hipnotizador-sujeto, como los cambios provocados por los trances terapéuticos. Las órdenes dadas durante los trances se prestaban de maravilla a un análisis según los tipos lógicos y los niveles de comunicación (Wittezaele y García, 1994).

El modo de hacer terapia propio de Erickson representó para Haley y Weakland un material clínico fundamental. Observaron que el gran terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson habían formalizado como modelos. Observaron, por ejemplo, que Erickson basándose en su experiencia de hipnotizador, utilizaba en terapia formas paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica una forma de doble vínculo terapéutico (Erickson, Haley y Weakland, 1980).

Sin embargo, Haley y Weakland, en sus conversaciones con Erickson descubrieron que, aunque el análisis del trabajo de éste último se adecuaba con la teoría que ellos proponían, ésta no le servía de reflexión para provocar los cambios terapéuticos: las intervenciones de Erickson parecían "mágicas" y a contracorriente de las ideas tradicionales sobre la terapia familiar. Erickson no se preocupaba de conceptos tales como la homeostasis, la función o el desplazamiento del síntoma. Para él, la pregunta esencial era "¿De qué modo, como terapeuta, puedo inducir un cambio en la persona que está ante mí?" (Wittezaele y García, 1994, p. 253).

La influencia de Erickson fue determinante para la continuación de la historia del MRI. En efecto, más que el estudio de la familia como sistema homeostático, fue el propio proceso de cambio el que se convirtió en el foco de sus trabajos.

A partir de la influencia de Erickson, los integrantes del Instituto marcaron una

diferencia entre el modelo explicativo y el proceso de cambio que se supone que el modelo explica: para ellos, se trataba ahora de actuar de modo que el terapeuta fuera eficaz en su papel de agente de cambio, y la teoría era un simple "lenguaje" que favorecía la transmisión de sus conocimientos pero no determinaba la eficacia de las intervenciones.

*"La terapia empieza a ser entendida como un cuidadoso empleo de la comunicación interpersonal dirigida a modificar, a través de acciones planeadas, el sistema de relaciones disfuncionales operante en un grupo de personas: El MRI comienza a subrayar la pragmática de la comunicación".*

#### **Terapia Centrada en los Problemas: Terapia Breve**

El MRI se consolidó como un instituto de investigación y centro de formación de terapeutas, así como clínica psicoterapéutica con la fundación del Centro de Terapia Breve (CTB). En el seno de este centro y bajo la dirección del psicólogo Richard Fisch (que se integró al MRI en 1962), de Paul Watzlawick y de John Weakland, se emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don Jackson y Milton Erickson. Fisch comentó: "Nos sentíamos intrigados por estas intervenciones extrañas, teníamos la intención de ver en qué casos resultaban apropiadas" (Wittezaele y García, 1994, p. 255). Para Paul Watzlawick el camino fue análogo: comprender y formalizar las intervenciones "mágicas" de Jackson y de Erickson para convertirla en instrumentos de trabajo transmisibles. Así pues, comenzaron un proyecto en el que imitaban a los dos personajes para ver cómo funcionaba el tratamiento.

La manera de hacer terapia de Erickson y la terapia familiar de Jackson aportaron al equipo del Centro de Terapia Breve técnicas para abordar el proceso de cambio. Aunque la pauta explicativa seguía siendo sistémica, lo que se puso en juego fue el proceso mismo de cambio.

El Centro de Terapia Breve de Palo Alto se alejó completamente de la concepción tradicional de los problemas psicológicos y de la psicoterapia. No había una hipótesis de partida que se tuviera que confirmar, como tampoco había una concepción precisa sobre el funcionamiento del hombre, ni su comportamiento. Su tarea se limitó a que los pacientes hallaran lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994).

Por otra parte, los integrantes del Instituto estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era la práctica habitual de aquellos momentos. Su objetivo consistió entonces, en comprender qué se podía conseguir en un período de tiempo con un límite de tiempo prefijado a 10 sesiones de una hora (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Este proyecto de investigación se formó dentro del MRI, pero ahora constituyendo un equipo de trabajo agrupado con un objetivo bien definido: la terapia de corta duración (Witzezae y García, 1994).

Los terapeutas comenzaron a enfatizar sólo las quejas específicas que los clientes llevaban a terapia, utilizando en mayor medida todas las técnicas activas de estímulos para el cambio (tomando como ejemplo las de Milton Erickson y Don Jackson), y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de reestructurar familias enteras.

El equipo del CTB fue a contracorriente de las prácticas tradicionales a nivel del método de intervención terapéutica. Especialmente significativo de su opción por una

tecnología de cambio, fue la ausencia de investigación sobre el origen de los problemas familiares. Su trabajo se caracterizó por intervenir únicamente sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familiares desarrollaban para solucionar la situación sintomática y que habían resultado infructuosas (Ochoa, 1995). Se interesaron por entender el modo en que las familias mantenían sus problemas con intentos bien intencionados pero desafortunados por superarlos. Consideraban que una dificultad se convertía en problema cuando se intentaba resolverla de manera equivocada y, después del fracaso, se aplicaba una dosis más elevada de la misma solución dada.

Su trabajo presupuso entonces, alterar las soluciones intentadas para romper la secuencia sintomática y lograr así el cambio terapéutico. A partir de su enfoque de la naturaleza y de la génesis de los problemas así como de los mecanismos que llevan a su resolución, el equipo elaboró una práctica de intervención en cinco tiempos: 1) Determinar quién es el "que se queja"; 2) Definir el problema; 3) Examinar las soluciones empleadas; 4) Definir un objetivo accesible y 5) Formular y poner en ejecución un proyecto o táctica de cambio.

Las intervenciones las más de las veces se basaban en el empleo de mensajes paradójicos, como la "prescripción del síntoma" y otras formas de doble vínculo terapéutico. Los terapeutas del MRI incidían sobre el paciente de manera directa (insistiendo en los pequeños cambios progresivos), y de manera paradójica (aconsejándole que no cambiara demasiado de prisa, examinando con él los riesgos de cambio, o diciéndole al paciente lo que podría perder al cambiar, etc.). Cuando el paciente comenzaba a manifestar ciertos cambios, le aconsejaban prudencia o incluso la necesidad de volver al estado anterior ("prever la recaída"). Estimaban que cuando el terapeuta conseguía evitar que estos breves retrocesos se tomaran como un retorno

al punto de partida, la persona podía avanzar con mayor seguridad hacia el cambio deseado. Situaban al paciente en cierto modo en un "doble vínculo terapéutico": si la persona puede recaer, es que aumenta su control sobre la situación, por tanto progresa; si no recae, es que va mejor (Wittezaele y García, 1994).

Cuando a los pacientes les parecía que su síntoma escapaba a todo control, tanto si se relacionaba con la expresión de una pulsión como una inhibición debida a temores o a angustias, la intervención terapéutica que empleaban era "la prescripción del síntoma", la cual consistía en pedir a los pacientes que experimentaran (o incluso que aumentaran) el síntoma que intentaban cambiar: la intervención apropiada consiste en prescribir el síntoma y no en combatirlo como se intenta de costumbre (Watzlawick, 1994).

Los esfuerzos del grupo por establecer métodos específicos de promover el cambio, le dieron la reputación de pioneros en el campo de la psicoterapia. Con el proyecto de Terapia Breve se implementaron técnicas innovadoras para el cambio. Se estableció una nueva manera de contemplar los problemas, principalmente sobre cómo llevar a cabo una psicoterapia en poco tiempo.

La terapia fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigida a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas, el sistema de relaciones disfuncionales operante en un grupo determinado de personas (Nardone y Watzlawick, 1994).

*Las ideas, trabajos y técnicas desarrollados durante toda la historia del MRI sirvieron de modelo para muchas otras escuelas de psicoterapia con orientaciones muy diversas. Se podría pensar que al grupo que directamente más influenció fue a la escuela de Milán, de quién*

---

*hablaremos en el siguiente apartado.*

### **El MRI y los asociados de Milán**

A finales de los años 60's el equipo conformado por Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo y otros seis colegas de la ciudad de Milán, iniciaron trabajos con familias de pacientes anoréxicos y psicóticos manejando una visión psicoanalítica. Dicha perspectiva fue abandonada en 1971 cuando el grupo recibió informes del tratamiento y la investigación de familias que se estaba llevando a cabo en Estados Unidos (Selvini, 1990).

Debido a los resultados poco alentadores obtenidos previamente en el tratamiento de familias, Palazzoli propuso dejar el modelo psicoanalítico y adoptar el del Instituto de Investigaciones Mentales, también llamado "Modelo de Palo Alto" (Tomm, 1984; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987). Como resultado de la disensión sobre estos modelos, el grupo eventualmente se dividió: una parte continuó con el tratamiento de familias en el modelo psicoanalítico, mientras que la otra parte del equipo empezó a explorar el de Palo Alto.

El segundo grupo integrado por Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, y que a la postre recibe el nombre de "Equipo de Milán" o "Los asociados de Milán" (Hoffman, 1989), tuvo una influencia muy fuerte de los escritos de Haley, Watzlawick y Jackson, en particular del libro *"Teoría de la Comunicación Humana"*. De hecho, en sus comienzos, el equipo invitó a Watzlawick para obtener supervisión y consultoría.

El equipo de Milán retomó muchos supuestos del MRI y los introdujo en su marco. A su juicio este enfoque enfatizaba los aportes del contexto en que se producían las conductas problema. No se concentraba la atención en el individuo como "contenedor" de la psicopatología; y sí, en cambio, se enfatizaban las ideas orientadas a los sistemas

(Boscolo, et. al, 1987). Al decir del mismo Cecchin: "considerábamos que sus teorías eran magníficas. Ya no necesitábamos el concepto de energía: todo era comunicación, todo era mensaje, nos encontrábamos ante una nueva clase de libertad que nos permitía no contemplar el interior de las personas, sino la forma en que éstas encajan unas con otras en una red comunicacional en la que cada una hace algo y al mismo tiempo responde a todas" (Cecchin, 1994, p.334).

Durante la década de los 70's, los integrantes de la escuela de Milán elaboraron algunos de sus principales conceptos e intervenciones más creativas. Veían la interacción familiar en términos de juegos y lucha por el poder. Mencionaron que las familias con un paciente identificado eran presas de patrones de interacción recursiva, regidos por una causalidad circular; y que las consecuencias conductuales susceptibles de ser observadas eran gobernadas por juegos familiares, los cuales incluían el mapa de las relaciones familiares en términos de alianzas y exclusiones, y las reglas que presiden esas relaciones (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Postularon que la gente se juntaba con el único propósito de competir entre sí, tratando de ver quién superaba en sagacidad al otro. Pensaban, además, que la competencia no se establecía sólo entre los miembros de la familia; también incluían a los terapeutas durante la consulta. El terapeuta frecuentemente iba del otro lado del espejo unidireccional a planear con los colegas su estrategia para luego responder; utilizaban un vocabulario estratégico para explicar el proceso durante la terapia, por ejemplo: "Esta familia está maniobrando"; o bien: "El hijo está aliándose con nosotros para vencer al padre" (Cecchin, 1994, p. 334).

En sus intervenciones, manejaban una perspectiva estratégica donde la terapia familiar representaba un juego en el que los terapeutas intentaban ganar: "Cuando (los pacientes) acudían a la consulta, nos preguntábamos qué clase de juego jugaban entre

sí, cuál con nosotros y, entonces, qué clase de juego podríamos jugar nosotros con ellos. Por lo general, suponíamos que si lográbamos ganarles el juego abandonarían su lucha por el poder. Si eso resultaba imposible, confiábamos en que podríamos convencerlos para que cambiaran el juego o el nivel del juego, de modo que no necesitaran síntomas" (Cecchin, 1994, p.335).

### **El Equipo Terapéutico**

El empleo del equipo terapéutico propuesto originalmente por el MRI en términos de investigación, fue retomado por Milán pero ellos con una utilización en la práctica clínica y, posteriormente, para fines de formación y entrenamiento de terapeutas. Los cuatro miembros del equipo se reunían antes de la sesión para hablar acerca de las hipótesis preliminares sobre la familia. Después uno de los terapeutas entrevistaba a la familia, mientras que el resto observaba la sesión detrás del espejo. Los observadores mandaban mensajes o sugerencias por teléfono, y al final de la sesión se reunían nuevamente con el entrevistador para discutir ideas, mientras que la familia esperaba. El equipo elaboraba un mensaje o intervención que el entrevistador compartía con la familia al finalizar la entrevista. La intervención podía consistir en una connotación positiva, se le podía decir algo sobre las impresiones del equipo o se le podía dar una prescripción o un ritual. Y se proponía una sesión de dos semanas a un mes más tarde (Hoffman, 1989).

### **La intervención paradójica**

La "contraparadoja" fue una de las intervenciones más importantes y eficaces del



equipo de Milán. Se convirtió en el núcleo de su trabajo terapéutico. Esta técnica se desarrolló a partir de la noción de doble vínculo terapéutico o prescripción del síntoma creado por el MRI (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1989).

Para Milán, la familia era considerada como un sistema predominantemente homeostático. Su foco en la terapia estaba centrado en identificar el presente, el aquí y el ahora, los patrones de interacción repetitivos y redundantes que presentaba la familia. Los miembros del equipo de Milán se percataron de que estos patrones eran frecuentemente paradójicos y que la familia los creaba para ella misma como solución interna a sus problemas. Por ejemplo, un mensaje paradójico común que recibían de ésta era: "nosotros tenemos este miembro (problemático) quien debe cambiar... pero nosotros como familia estamos bien (e intentamos permanecer sin cambios)". De esta manera, el equipo de Milán utilizó intervenciones que tuvieran el propósito de romper ese patrón contradictorio y la familia pudiera estar libre para el cambio. Esto se lograba al introducir algo contrario u opuesto a la paradoja de la familia; introduciendo, como lo llamó Milán, una "contraparadoja", que era designada para nulificar el doble vínculo patógeno creado por la familia. Una respuesta común o una opinión concluyente podía ser: "(aunque nosotros como terapeutas estamos socialmente definidos como agentes de cambio) creemos que ustedes no deberían cambiar porque es una cosa buena que..." (Tomm, 1984). Los del equipo connotaban positivamente todas las conductas en un patrón homeostático y prescribían no cambios en el contexto del cambio<sup>11</sup>.

El grupo connotaba tanto la conducta del paciente designado, como el comportamiento

---

<sup>11</sup> La connotación positiva es un mensaje por medio del cual él o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

sintomático de los demás miembros de su familia. Prescribían el síntoma y lo relacionaban con su contexto social al servicio de la "homeostasis" familiar o de algún aspecto de ella, respetando la necesidad que tenía la familia de proteger su equilibrio y, en consecuencia, reduciendo el riesgo de incrementar su resistencia al cambio.

*El trabajo del grupo de Milán tuvo la impronta de la perspectiva estratégica. La terapia representaba un "juego" entre el terapeuta y el paciente. Se observaba a la familia en términos de maniobras, coaliciones y juegos. Intentaban buscar las estructuras familiares y los patrones de interacción.*

#### **La Lectura de Bateson por Milán**

A mediados de los años 70's, el equipo de Milán tuvo contacto más directo con los escritos de Bateson. Con la revisión directa de su libro *"Pasos hacia una Ecología de la Mente"*, el grupo desarrolló una aproximación menos orientada a la terapia estratégica, y más orientada a lo que llamarían sistemas significantes (Tomm, 1984). El trabajo de Bateson tuvo repercusiones muy importantes en la nueva concepción terapéutica de Milán. La importancia del análisis batesoniano se centró, entre otras cosas, sobre las consecuencias no intencionales del propósito humano consciente y el respeto por los sistemas. Así como también sobre la idea de "poder" que, según él planteó, es una construcción: "La gente crea la idea de poder y luego se conduce como si ésta realmente existiera. El poder es creado en el contexto y todos los protagonistas del contexto participan para mantener sus respectivas posiciones de poder" (Cecchin, 1994 p. 336).

Otro aporte importante que tomaron de Bateson fue que las personas no permanecen juntas con el solo objeto de luchar entre sí o de superarse unas a otras, sino para tratar de encontrar sentido a su relación mutua. Empezaron a ver a las familias como sistemas que evolucionan más que como sistemas homeostáticos. Observaron que en las familias se evidenciaban errores epistemológicos entre creencias y acciones. Las creencias de los miembros de la familia acerca de ellos mismos no eran las mismas que los actuales patrones de conducta. Cada uno representaba un nivel de lógica diferente. Refirieron que los problemas eran fruto de una discrepancia entre las conductas que constantemente estaban sometidas a variaciones y las creencias que permanecían inalteradas. La nueva forma de trabajo, en consecuencia, consideró que para cambiar las conductas problemáticas, el terapeuta debía modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente (Ochoa, 1995). Cuidadosamente empezaron a diferenciar los niveles de acción de los niveles de significado, e introdujeron la idea del biólogo chileno Humberto Maturana, idea que hace referencia al hecho de que la familia se crea no sólo por su comportamiento, sino también por el lenguaje que se utiliza en la relación (Hoffman, 1989).

*Se introduce el concepto de semántica de la comunicación: No existe comportamiento sin que la familia le adjudique un significado. No existe un significado que no tenga consecuencia sobre el comportamiento.*

### **Significado y lenguaje**

El equipo empezó a darle relevancia al significado de las palabras, al lenguaje y al

contexto. Dejaron de concentrarse exclusivamente en la pragmática de la comunicación, y poco a poco incluyeron en su trabajo el concepto de semántica, de significado. Sostienen ahora que los sistemas se creaban o se organizaban alrededor del comportamiento y de los significados, y que el lenguaje era una parte principal del sistema (Jenkins, 1988).

Además, los integrantes del equipo de Milán comenzaron a tomarle importancia no sólo al lenguaje de la familia, sino también el uso de su propio lenguaje: "Comenzamos a interesarnos más por nosotros mismos; nos volvimos más autoreflexivos. Al mirarnos a nosotros mismos, descubrimos un fenómeno interesante: cuando un terapeuta hablaba con una familia descubría en ella cierto tipo de juego, mientras que otro terapeuta veía otro juego, y un tercero, otro. Nos dimos cuenta de que el juego no dependía sólo de la familia sino también del terapeuta. Quizás hasta podía suceder que no hubiera ningún juego real; el juego emergía de la relación entre el terapeuta y la familia" (Cecchin, 1994 p.337).

A finales de los años 70's Boscolo y Cecchin iniciaron su actividad como entrenadores. A través de esta actividad se percataron de que a los estudiantes les era más interesante entender su conducta como terapeutas, que a la familia como un sistema. Esto dio como resultado que el equipo desplazara su atención a los efectos de la actividad de los terapeutas en interacción con la familia. Ellos comenzaron observándose a sí mismos observando a la familia. A este respecto Cecchin refirió: "Durante mucho tiempo no habíamos reflexionado acerca del observador, el terapeuta. Estábamos tan ocupados en ser estratégicos que no lo percibíamos. Por otra parte, había muchos estudiantes que estaban más interesados en observar lo que hacían los terapeutas que lo que hacían las familias; nosotros siempre estuvimos fascinados con las familias, pero los estudiantes estaban fascinados con los terapeutas" (Cecchin,

1994, p.337).

Este desplazamiento dio lugar a la elaboración de una técnica específica de entrevista que el grupo denominó "interrogatorio circular". Después de ponerla en práctica, el equipo de Milán publicó en 1980 un artículo que contiene sus principios más importantes: "Hipotetizar-Circularidad-Neutralidad: Tres lineamientos para el conductor de una sesión" (Selvini-Palazzoli et.al., 1980).

Este artículo reflejó claramente la influencia de las ideas de Bateson, sobre todo la que se refiere a la noción de Causalidad Circular. El equipo encontró un método "circular" para evaluar a las familias (hipotetizar), una versión "circular" de la posición terapéutica (neutralidad) y un enfoque "circular" a la entrevista (interrogatorio circular).

El equipo de Milán se separó formalmente después de la publicación de ese artículo. Los cuatro integrantes se abocaron cada vez más a sus intereses profesionales. Selvini y Prata empezaron a desarrollar nuevas investigaciones. Implementaron su idea de la "Prescripción invariante" (dar una sola prescripción a todas las familias con miembros psicóticos para luego examinar los resultados a efecto de su intervención). Estaban más interesadas en las intervenciones finales: hacer algo para ver qué pasa. (Tomun, 1984; Hoffman, 1989)

Boscolo y Cecchin, como parte de su actividad de entrenadores, diseñaron un conjunto de ejercicios para estudiantes y profesionales que favorecieron la configuración de un pensamiento y un discurso circular y recursivo. Poco a poco descubrieron que, repitiendo estos ejercicios y manteniendo el mismo tipo de organización, de algún modo comenzaba a cambiar la forma de pensar del grupo. Como diría Maturana (Maturana y Varela, 1987): se mantenía la misma organización del grupo y comenzaba a cambiar la estructura del pensamiento.

Con su grupo de alumnos, continuaron el desarrollo de nuevos métodos de intervención, y empezaron a cultivar la técnica de entrevista circular como instrumento de cambio. Dejaron definitivamente de ponerle énfasis a la epistemología asociada con la metodología de Milán que se utilizó al principio. Lo cual se vio demostrado con la tendencia cada vez más fuerte de hacer del interrogatorio una intervención por sí misma. Las ideas que se retomaron subrayaron la importancia de las creencias, de las premisas y de los mitos, y dejaron de ver lo que sucedía en la familia en términos de maniobras, coaliciones y juegos.

Su trabajo pasó de una epistemología basada en los principios de la cibernética a otra basada en la noción de que las relaciones humanas emergen a través del diálogo, de historias producidas socialmente. Algunas narrativas familiares particulares comenzaban a tomar forma en un dominio social. La multiplicidad y la coparticipación se fueron agregando al diseño de los contextos de entrenamiento. (Cecchin, 1994).

*Los componentes de un sistema tal no son los cuerpos individuales, sino las ideas que los unen, una red de significados. En lugar de concebir la unidad de tratamiento como un sistema familiar, lo que se observa es un grupo de personas que mantienen una conversación sobre un problema.*

#### **Otros Equipos Terapéuticos**

El desarrollo terapéutico de Boscolo y Cecchin tuvo un impacto muy interesante. Después de que los dos integrantes del grupo de Milán empezaron a dar entrenamiento, aceptaron hacer demostraciones de su modelo en varias partes del mundo. Equipos similares hicieron su aparición en diferentes partes de Europa, Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos. Los integrantes de Milán ofrecieron a estos

equipos toda una serie de técnicas nuevas. Los equipos que formaron parte de esta segunda generación, a menudo basaron su enfoque terapéutico en una de estas técnicas. Gracias a que el método de Milán se fundamentó en las ideas Batesonianas, y a que Bateson compartió un legado conceptual común a los fundadores de las nuevas escuelas, los equipos que se fueron desarrollando aceptaron con naturalidad un enfoque que considera que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen en el intercambio social y se expresan en el lenguaje y la conversación.

La nueva tendencia de los equipos empezó a caracterizarse cada vez más por un cuestionamiento del observador como exterior al sistema, así como por la emergencia de perspectivas multidimensionales y complejas, por un aumento en la sensibilidad hacia la construcción social de la realidad, y por un interés hacia la creatividad y emergencia de lo nuevo a través de la entrevista, de la conversación.

#### **La entrevista que interviene**

Karl Tomm de la Universidad de Calgary tomó el interrogatorio circular como base de un enfoque llamado "Entrevista que interviene". Tomm comenzó a pensar en este término como una perspectiva en la cual el rango de las oportunidades terapéuticas se extiende considerando todo lo que un terapeuta hace durante una entrevista para realizar una intervención. Esta perspectiva tomó en cuenta la visión de que es imposible para el terapeuta interactuar con un cliente sin intervenir en las actividades autónomas de éste. El terapeuta asume que todo lo que él dice o hace, es potencialmente significativo con respecto al eventual resultado terapéutico.

Karl Tomm incluyó una cuarta propuesta a los tres supuestos que Boscolo y Cecchin habían desarrollado (Hipotetizar, Neutralidad y Circularidad). La cual denominó

"Estrategizando" (Tomm, 1987). Este supuesto lo definió como la actividad cognitiva de los terapeutas en la evaluación de los efectos de acciones pasadas, construyendo nuevos planes de acción, anticipándose a las posibles consecuencias de varias alternativas, y decidiendo cómo proceder en cualquier momento para maximizar la utilidad terapéutica.

Tomm, al igual que Boscolo y Cecchin, postuló que la entrevista podía generar el cambio sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la sesión. El cambio se suscitaba a través de las implicaciones de las preguntas del terapeuta y/o a través de las respuestas verbales y no verbales de los miembros de la familia (Tomm, 1988).

### **El Equipo Reflexivo**

Otro equipo Post-Milán muy importante dentro de esta aproximación, es el formado por Tom Andersen de la Universidad de Tromsø en Noruega. Andersen desarrolló el concepto de Equipo Reflexivo, el cual trabaja sobre la idea de que todos los del equipo terapéutico participan en un diálogo sobre el cambio. Durante el proceso, el equipo hace comentarios (caracterizados siempre por un enorme respeto y hablando en modo hipotético, concentrándose sólo en lo positivo) mientras que la familia observa atrás del espejo. Después se le pide a la familia que haga comentarios sobre los comentarios del equipo. De esta manera, el equipo ya no le hace algo "a" la familia sino que hace algo "con" ella, y la terapia se convierte entonces en una empresa en colaboración. En el proceso, y a través de la entrevista, se modifican los roles, las reglas y las expectativas de la terapia y del problema (Andersen, 1994).

Para el equipo reflexivo la conversación constituyó una fuente importante para el



intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios hacían ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones, e incluso llevar a que emergieran otras nuevas: "la estructura del equipo reflexivo ofrece a las personas que lo consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas" (Andersen, 1994, p. 59).

Esta forma reflexiva de llevar a cabo la terapia, consolidó el cambio hacia un nuevo paradigma, colocando al profesional ya no en un espacio protegido desde donde pudiera observar a la familia, sino dentro de la misma. El supuesto de la ciencia social que sostenía que el experto ocupaba una posición superior desde la cual podía hacer una evaluación correcta fue cuestionada.

La inclusión del observador en el campo y las nuevas perspectivas sobre autorreferencia y reflexividad permitieron que la terapia sistémica pudiera focalizarse en la subjetividad y en el sujeto dentro de un contexto, dando lugar a una clínica interesada en la emergencia simultánea del "sí mismo" y las relaciones sociales.

### **Galveston: acerca de los sistemas lingüísticos**

Por último, uno de los equipos más representativos del nuevo enfoque, es el conformado por Harlene Anderson y Harry Goolishian del Instituto Familiar de Galveston, quienes especificaron en 1988 que el sistema problema era siempre un sistema lingüístico y que los problemas no tenían una existencia objetiva en y por sí misma, sino solamente a través de la conversación con otros. Los sistemas humanos fueron vistos como existentes solamente en el dominio del significado o realidad lingüística intersubjetiva (Anderson y Goolishian, 1988). Propusieron que en el

dominio de significado, los sistemas sociales eran comunicaciones distinguidos en y por el lenguaje.

Para Anderson y Goolishian (1988) el problema es el sistema de significados creado por la preocupación; y la unidad de tratamiento es todo aquello que contribuye al sistema de significados (esto incluye tanto al profesional que lo empieza a tratar como al cliente). Ellos destacaron que era la conversación y el discurso lo que definía la organización y la realidad, y que el cambio en la terapia no era más que el cambio derivado a través del diálogo y la comunicación. Terapia y conversación terapéutica son procesos en los cuales el cambio de significados y lenguaje utilizado para la definición de problemas producen una disolución del problema.

A partir del acento puesto en la comprensión de los sistemas humanos como generadores de significados, la terapia empezó a ser entendida como una práctica social que ofrece a familias, parejas, personas, o comunidades, una oportunidad para involucrarse activamente en la construcción y diseño de su propia realidad (Goolishian y Anderson, 1994). La metáfora central de la terapia pasó a ser la Conversación; reforzada por las circunstancias de que su medio básico es una búsqueda recíproca (terapeuta-consultante) de comprensión a través de la entrevista, del diálogo y de los problemas siempre cambiantes que se van presentando (Anderson y Goolishian, 1988). El interés de las nuevas escuelas se reorientó cada vez más por un modelo "conversacional". Las familias y las comunidades dejaron de ser vistas como objeto de estudio o de tratamiento, existiendo independientemente de un observador y comenzaron a ser abordadas como un diseño social flexible, compuesto por personas que comparten significados (Goolishian y Anderson, 1994). Los terapeutas familiares reemplazaron las ideas de los sistemas cibernéticos por la idea de sistemas fundamentados en el diálogo y la creación de significados. Las metáforas sistémicas

cambiaron, se alejaron de la biológica/cibernética que compara a la familia con un organismo o una máquina. Hubo un desplazamiento de términos como "homeostasis", que explican cómo las entidades finalmente cambian para permanecer igual, a metáforas como narrativas o historias, que asumen que las entidades están siempre en proceso de cambio. Las interrogantes ahora hacen énfasis en cómo se mueven las personas a través del mundo y cómo construyen sus ideas acerca de éste en la conversación con otras personas. El desarrollo del conocimiento es percibido como un fenómeno social, el cual se mantiene dentro de una cuna de comunicación (Gergen, 1985).

Nos aproximamos así a una teoría de la construcción social, la cual pone énfasis en los significados, que son parte de un flujo general de narrativas constantemente cambiantes; esto es particularmente útil para el terapeuta, pues le ayuda a pensar en los problemas como historias que la gente ha consentido a contar por ella misma.

## Capítulo 2

### **La Narrativa Terapéutica: Un modelo para crear historias alternas**

Pensar la entrevista en sí misma como una manera de hacer terapia, en lugar de pensarla simplemente como una técnica de recolección de datos o preámbulo para la intervención, ha sido abrazada por psicoterapeutas no sólo de Estados Unidos y Europa, sino del continente Australiano. Un lugar que por su lejanía geográfica pareciera no tener contacto siquiera con la Terapia Familiar Sistémica.

Es en Australia precisamente donde Michael White, clínico y antropólogo de la ciudad de Adelaide, desarrolló un innovador modelo de intervención en el cual, las iniciativas de cambio del paciente se realizan a través del cuidadoso empleo del Lenguaje y la Conversación Terapéutica: El Modelo Narrativo.

Esta propuesta enfatiza con especial interés las vivencias de las personas, introduce la noción de temporalidad, establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples, estimula el uso del lenguaje en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos, fomenta el sentido de la autoría y reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona y, sobre todo, propone una separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del paciente. Esto es, "el problema se vuelve una entidad separada y, por lo tanto, externa a la persona o a la relación a la que se le adscribía" (White, 1994).

Los puntos centrales del modelo Narrativo fueron retomados de las ciencias sociales. En especial de los trabajos realizados por Michael Foucault sobre los discursos de "Poder"; así como de los supuestos de Gregory Bateson, que destacan la importancia que tiene la epistemología en el proceso de "cómo sabemos lo que sabemos", "la importancia de las diferencias que hacen una diferencia" en los sistemas vivos y las "pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas" (White y Epston, 1993). Michael White y su colaborador, también australiano, David Epston, proponen que dentro de las disciplinas sociales, la Narrativa puede ser una metáfora especialmente útil, además de epistemológicamente acertada y de gran atractivo estético para definir la nueva aproximación terapéutica. A este respecto el antropólogo Clifford Geertz (1991) menciona: "Los instrumentos de razonamiento están cambiando y la sociedad se representa cada vez menos como una máquina elaborada o como un quasi organismo y más como un juego serio, como un drama incidental o como un texto de conducta" (p.22).

Hace unos veinte años, los psicoterapeutas comenzaron a alejarse de las construcciones impuestas por la psicología cognitiva y su visión del sí mismo como una máquina computante. Muchos científicos sociales empezaron a explorar las consecuencias de definir el self (entendido como el "sí mismo") como narrador, como resultado del proceso humano de producción de significados por medio de la acción del lenguaje. Esta concepción "narrativa" se fundó en gran medida en la observación de que la actividad humana que se lleva a cabo de manera más inexorable, en público y en privado, despiertos o dormidos, es la del lenguaje; y en el lenguaje, crear significados implica narrar historias. Dicho simplemente, los seres humanos siempre se han contado cosas entre sí y han escuchado lo que los demás les cuentan; y siempre han comprendido qué son y quiénes son a partir de las narraciones que se relatan

---

mutuamente (Goolishian y Anderson, 1994).

La Narrativa Terapéutica hace referencia a las historias que las personas hacen de ellas mismas y que se constituyen o generan a partir de la interacción con otras personas, de los diferentes acontecimientos que se presentan y del significado que se les atribuye: La Narrativa propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización, y que la evolución de las vidas y de las relaciones se producen a partir de la representación de tales relatos o narraciones (White y Epston, 1993).

Este enfoque no propone estructuras o patologías subyacentes a la persona o a las familias, por el contrario, enfatiza que los individuos dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de esos relatos modelan sus propias vidas y relaciones.

#### **Narrativa: Lenguaje, Significado y Selección**

La Narrativa refiere que la experiencia debe "relatarse", ésto con el objeto de que la persona pueda entender su vida y explicarsela a ella misma y a los demás; y que es a partir precisamente del hecho de relatar lo que determina el significado que se le atribuye a la experiencia. A partir de la idea de que la significación que las personas atribuyen a su experiencia es lo que determina sus vidas, se hace indispensable pensar entonces en la naturaleza de los marcos que facilitan la interpretación de esa experiencia: Es el relato o la narración o la historia lo que suministra el marco a la interpretación, a la actividad de dar sentido o significado, y es por obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido a su experiencia (White y Epston, 1993). Las historias determinan no sólo la significación que las personas dan a su experiencia; también esas historias

determinan en gran medida qué aspectos de su experiencia las personas eligen expresar. Y así mismo, en la medida en que la acción está prefigurada en dar significación, esas historias determinan efectos en cuanto a modelar la vida de las personas.

Es importante mencionar que una narración no puede abarcar toda la riqueza de la experiencia "la experiencia vital es más rica que el discurso. Las estructuras narrativas organizan y dan significado a la experiencia, pero siempre hay sentimientos y experiencias vividas que el relato dominante no abarca del todo" (Bruner, 1986. p.143). La estructura de una narración requiere la utilización de un proceso de selección por medio del cual se deja de lado, de entre el conjunto de los hechos de la experiencia, aquellos que no encajan en los relatos dominantes que las personas y los demás desarrollan acerca de ellos mismos. Así, a lo largo del tiempo, gran parte del bagaje de la experiencia vivida queda sin "relatar" y nunca es "contada".

Ahora bien, ¿cuál es el origen de esas historias que forman parte de la vida de las personas? ¿de qué depende que algunas de las experiencias sean relatadas y otras se queden sin narrar?

A este respecto, el modelo Narrativo retoma los conceptos cibernéticos de Bateson sobre las "restricciones de redundancia", que hacen referencia al supuesto de que los acontecimientos toman su curso porque hay restricciones que impiden seguir otros cursos o incorporar información diferente. Las restricciones abarcan tanto los aspectos económicos, es decir, la escasez de recursos financieros y sociales disponibles, como al sistema de creencias y valores del individuo, la familia o al sistema social que, de igual manera, determinan lo que las personas seleccionan de sus experiencias para poder sobrevivir. "El enfoque se interesa por saber cuál fue el elemento restrictivo que impidió que los miembros de la familia participaran en interacciones y soluciones

diferentes" (Ester y Waldegrave, 1993, p.188).

De acuerdo con lo que Bateson refiere, las restricciones obran en relación con la información que tienen los miembros sobre la diferencia. Las restricciones marcan un umbral más allá del cual no es posible percibir la información referente a la diferencia. White (1989, 1994, White y Epston, 1993) se interesó de manera muy particular por las expectativas normativas de cómo deben ser las personas como individuos y en sus relaciones con los demás. Sostiene que con frecuencia la gente vive esas normas de personalidad y de manera de relacionarse como algo opresivo puesto que inevitablemente las personas fracasan en el intento de ajustarse a esos modelos (Adams e Isenbart, 1993).

Las restricciones de redundancia de Bateson abrieron las puertas a las estructuras interpretativas y a la significación. Las afirmaciones del antropólogo hicieron incapié en el hecho de que la comprensión que se tiene de un hecho, o el significado que se le atribuye, está determinado y restringido por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen los mapas del mundo de las personas (White, 1994).

Una segunda aproximación a la pregunta planteada, refiere que las historias están estructuradas por los conceptos culturales en los que la persona se desenvuelve. El modelo propone que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación. A este respecto, los trabajos de Michael Foucault aportan los elementos en lo referente a los discursos de Poder y a la influencia que esto tiene en la determinación de lo que la gente puede



narrar<sup>12</sup> (White y Epston, 1993).

En la exposición del Modelo Narrativo se ha sostenido que el significado se consigue a través de la estructuración de la experiencia en relatos. Como esta narración depende del lenguaje, es pensable deducir entonces que el significado que se le asigna a la experiencia y la constitución de las vidas y relaciones también se realiza a través de éste. Es importante destacar que el uso de este lenguaje no implica una actividad neutral. Existe una reserva de discurso culturalmente asequible que se considera apropiada y relevante. La comprensión de la experiencia vivida está mediatizada por el lenguaje y es de suponer que esos discursos "de verdad" de los acontecimientos que Foucault denomina como unitarios y globales contribuyen significativamente a esta mediación de la comprensión y a la constitución de las personas y de las relaciones (White, 1994).

Es interesante destacar que el trabajo de Foucault enfatiza que la identidad de las personas está constituida por lo que saben de sí mismas y por cómo se describen como personas. Y que ese conocimiento está constituido a su vez y en su mayor parte, por las prácticas culturales (de descripción, etiquetado, clasificación, evaluación, etc.) en la que se mueven. Como seres humanos en el lenguaje se está de hecho, sojuzgado por "controles" sociales invisibles basados en prácticas de coordinación (Epston, 1994). Así, cuando las personas con quienes interactúa un individuo piensan que ésta "tiene" una característica o un problema determinado, están ejerciendo un "poder" sobre él al representar este conocimiento respecto a esa persona (Foucault, 1986).

Con el objeto de dar sentido a las experiencias vividas, las personas organizan sus vivencias dentro de una versión o historia dominante sobre sí mismas y sus relaciones.

---

<sup>12</sup> Gran parte de la obra de Foucault está dedicada al análisis de las prácticas de Poder por obra de las cuáles está constituido el sujeto moderno.

El concepto de historia dominante viene de la idea de "conocimiento dominante" de Foucault, y está multideterminada por la cultura, la sociedad y la familia de origen, entre otros factores (Tarragona, 1990).

Las versiones dominantes crean una "lente perceptiva" que influye en la significación que las personas atribuyen a los acontecimientos posteriores de su vida. La información que se ajusta a esa historia dominante se selecciona y se expresa en la conducta (Adams e Insenbart, 1993). Por ejemplo, una persona que siempre ha sido calificada de "insegura" y que tiene una narrativa dominante que dice "yo soy muy insegura", tenderá a incorporar a su historia todos aquellos acontecimientos que encajan con esa versión, mientras que generalmente descartará aquellos eventos que no encajan con esa historia, las ocasiones, por pocas que sean, en la que no se comportó de manera insegura.

La gente tiende a no advertir o a restar significación a los aspectos de sus experiencias vividas que no "encajan" con el relato dominante. Esas imágenes dominantes que las personas crean de sí mismas y de sus relaciones pueden ser capacitadoras y creadoras, o inhabilitantes y opresivas.

Hablando específicamente de las personas que asisten a terapia, se estima que reciben una fuerte influencia de una imagen o narrativa dominante de sí mismas, de sus relaciones y del problema. De modo que las caracterizaciones que ellas hacen de sí mismas están dictadas por la imagen dominante, la cual no deja lugar para elaborar versiones diferentes que, potencialmente, podrían manifestar acerca de la propia capacidad y los propios recursos (Kamsler, 1993).

Las personas que acuden a la terapia están implicadas con otras personas, significativas para las primeras en ciertas realidades, y existen muchos factores que refuerzan la versión sobre sí mismas que ellas relatan en la terapia, factores que

impiden que esas personas logren formarse otra imagen, una imagen basada en los logros aislados o en las ocasiones en que fueron realmente capaces de enfrentar el problema y ejercer algún impacto sobre él. Los sucesos se interpretan a través de la lente de esta historia dominante que es la que da forma a la significación que las personas atribuyen a sus experiencias.

White y Epston (1993) proponen que las personas experimentan problemas cuando las narraciones en las que cuentan su experiencia y/o en las que su experiencia es narrada por otros, no representan suficientemente su experiencia vivida, habiendo entonces aspectos significativos de sus vivencias que contradicen esa narración dominante.

De lo anterior, se sugiere que el objetivo de la terapia es incitar a los pacientes a describir aspectos de la experiencia de sí mismos dejados de lado por la imagen dominante. Identificar o generar historias o narrativas alternativas que permitan a las personas representar nuevos significados que sean más abiertos, más útiles y más satisfactorios. (Tarragona, 1990)

La meta terapéutica, desde esta perspectiva, consiste en ayudar a los pacientes a recontar las historias de su vida, de manera tal que el cambio se torne narrativamente concebible, alcanzable y creíble. En este sentido, en su relación con el paciente, el terapeuta pasa a ser una suerte de editor (en el sentido de que participa activamente en la construcción de un texto) útil en la transformación de la propia historia (Goolishian y Anderson, 1994).

Ahora bien, ¿de qué medios se vale la Narrativa para lograr este objetivo? ¿cuáles son los pasos fundamentales que deben darse para ayudar a los pacientes a elaborar una historia o imagen alternativa sobre sí mismos?.

Si se considera que los problemas se desarrollan en el lenguaje, a través de la conversación de las personas con otras personas, entonces es posible pensar también

que a través del mismo lenguaje se puede lograr que cambien las narrativas de estas personas.

Como se mencionó en un primer momento, la Narrativa propone que el proceso terapéutico consiste en reescribir la historia que los pacientes tienen sobre sí mismos y con la que se explican su problema. Para lograrlo, ocupan un lugar central las palabras, y el intercambio de éstas durante la entrevista. (Tarragona, 1990).

La Narrativa terapéutica sugiere que el objetivo de la terapia no es "curar" sino generar nuevas ideas, nuevas conexiones y nuevas descripciones. Estas nuevas ideas o descripciones ayudan a que la gente, atrapada en su historia, encuentre un mayor número de opciones o alternativas (Sluzki, 1994). 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. En la terapia, "el cambio pasa a ser la narración de una nueva historia y de un nuevo presente que es más tolerable, coherente y continuo de lo que permitían las narraciones anteriores" (Goolishian y Anderson, 1994. p.300).

Durante el proceso de la terapia, el paciente tiene la oportunidad, al conversar con el terapeuta, de describir información sobre sí mismo y sus propios recursos, lo cual lo lleva a elaborar respuestas que cimientan el camino al cambio (Kamsler, 1993). Para tratar de comprender la experiencia que cada persona tiene de las dificultades manifestadas, el terapeuta utiliza el lenguaje de diferentes modos. "Externalizar el problema" es un concepto clave del modelo Narrativo que ejemplifica cómo puede utilizarse este lenguaje en la promoción de los cambios.

La "externalización" es una técnica terapéutica mediante la cual el terapeuta ayuda a sus pacientes a generar narrativas alternas. El proceso de la externalización consiste en definir al problema como algo separado de la persona y examinar qué influencia

tiene éste sobre la vida del paciente y qué influencia tiene el paciente sobre la vida del problema. Durante el proceso, el problema se convierte en una entidad separada y por consiguiente externa a la persona o a la relación a la que se le atribuye el problema. Aquellas dificultades que se consideraban inherentes y aquellas cualidades relativamente fijas que se les atribuían a las personas y a las relaciones pueden llegar a hacerse menos fijas y menos restrictivas (White, 1989, 1994).

Karl Tomm (1989) describió el proceso de la externalización del problema como una separación lingüística que permite distinguir el problema mismo y la identidad propia de la persona tratada. Mencionó que este proceso "abre un espacio conceptual que le permite al paciente tomar iniciativas efectivas para evitar que el problema influya en su vida" (p. 54).

Al ayudar a los pacientes a separarse y separar sus relaciones del problema, la externalización abre la posibilidad de que se describan a si mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema. Permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida personal o familiar, más atractiva para esas personas. Desde esta nueva perspectiva, las personas son capaces de describir "hechos" acerca de sus vidas y relaciones que anteriormente, desde el relato saturado por el problema, no estaban en condiciones de percibir ni siquiera vagamente; "hechos" que contradicen este relato y proporcionan los núcleos para la generación de nuevas historias (White y Epston, 1993): En esta nueva perspectiva, las personas adquieren la capacidad de identificar "hechos" sobre sus vidas y relaciones que en la perspectiva anterior, saturada de problemas, ni siquiera podían percibir obscuramente, hechos que les suministran los núcleos para generar las nuevas imágenes (White, 1989).

La externalización del problema es un proceso que promueve la acción personal

tiene éste sobre la vida del paciente y qué influencia tiene el paciente sobre la vida del problema. Durante el proceso, el problema se convierte en una entidad separada y por consiguiente externa a la persona o a la relación a la que se le atribuye el problema. Aquellas dificultades que se consideraban inherentes y aquellas cualidades relativamente fijas que se les atribuían a las personas y a las relaciones pueden llegar a hacerse menos fijas y menos restrictivas (White, 1989, 1994).

Karl Tomm (1989) describió el proceso de la externalización del problema como una separación lingüística que permite distinguir el problema mismo y la identidad propia de la persona tratada. Mencionó que este proceso "abre un espacio conceptual que le permite al paciente tomar iniciativas efectivas para evitar que el problema influya en su vida" (p. 54).

Al ayudar a los pacientes a separarse y separar sus relaciones del problema, la externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema. Permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida personal o familiar, más atractiva para esas personas. Desde esta nueva perspectiva, las personas son capaces de describir "hechos" acerca de sus vidas y relaciones que anteriormente, desde el relato saturado por el problema, no estaban en condiciones de percibir ni siquiera vagamente; "hechos" que contradicen este relato y proporcionan los núcleos para la generación de nuevas historias (White y Epston, 1993): En esta nueva perspectiva, las personas adquieren la capacidad de identificar "hechos" sobre sus vidas y relaciones que en la perspectiva anterior, saturada de problemas, ni siquiera podían percibir obscuramente, hechos que les suministran los núcleos para generar las nuevas imágenes (White, 1989).

La externalización del problema es un proceso que promueve la acción personal

(Tomm, 1989; White, 1989). El terapeuta trata de alentar una doble descripción del problema. Trabaja con los pacientes a fin de desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar "novedades de diferencia que hagan una diferencia" (White, 1986); ésto con la finalidad de afrontar o dejar de lado las restricciones. Los pacientes son capaces de percibir las distinciones y observar un contraste entre la descripción que ellos mismos hicieron y la nueva descripción. Este proceso impulsa la elaboración de nuevas respuestas que permiten a los pacientes ver nuevas soluciones.

La nueva descripción surge de la tarea conjunta del paciente y el terapeuta que participan activamente en el proceso, con frecuencia mediante preguntas cuyas respuestas le permiten elaborar nuevas descripciones<sup>13</sup>.

La tarea central del terapeuta consiste siempre en encontrar la pregunta para la cual el recontar inmediato de la experiencia y la narración presenta una respuesta. Esto lleva al terapeuta a apartarse de la práctica tradicional de formular determinadas preguntas basándose en una metodología, y significa que lo que se dice en un momento dado es la respuesta para la cual es necesario averiguar la pregunta (Goolishian y Anderson, 1994).

En este apartado nos interesaremos principalmente por lo que White denomina Preguntas de Influencia Relativa, concebidas como un proceso de interrogación que permite al paciente externalizar el problema, reelaborar la versión de tal manera que pueda tomar contacto con la experiencia de su propia capacidad para afrontar el problema y generar alternativas al cambio.

---

<sup>13</sup> El proceso de interrogar, como se ha visto, se ha hecho cada vez más frecuente en la bibliografía de la terapia familiar (por ejemplo, Penn, 1985; Tomm, 1987) inspirado principalmente por la contribución del grupo de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Las Preguntas de Influencia Relativa, las cuales se plantean desde el primer contacto terapeuta-paciente y se llevan a cabo a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la entrevista terapéutica, incitan a las personas a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia. Para facilitar el proceso, la entrevista consta de dos categorías de preguntas. En la primera el terapeuta alienta a las personas a trazar el mapa de la influencia que ejerce el problema en su vida y relaciones. Se pregunta por ejemplo: ¿cómo influyó la inseguridad en su vida?, ¿qué efecto ha estado teniendo la agresión en su vida y relaciones?. Y la segunda, apunta a determinar los "logros aislados" o las ocasiones en las cuales el paciente logró ejercer alguna influencia sobre el problema a pesar de la historia o narrativa dominante.

El primer grupo de preguntas ayuda a identificar la influencia que el problema puede tener o ha tenido en las esferas conductuales, emocionales, físicas, interaccionales y actitudinales de la persona. Durante la terapia se recurre a hablar del problema como si éste fuera una entidad con vida propia. Se le asigna un nombre y no se adjudica como una característica fija o inherente a la persona. Los cuestionamientos pueden hacerse de la siguiente manera: ¿Cuáles son las circunstancias que lo llevan a pensar que la impaciencia se torna un problema en su vida?. ¿de qué manera se ha percatado que el caer en las garras del dominio de los celos provoca los problemas con su pareja?. ¿qué podría hacer usted para escapar de los celos sin que éstos le afecten? (White y Epston, 1993).

Michael White y David Epston (1993) proponen que al incitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, las preguntas las "arrancan" de un mundo fijo y estático, un mundo en el que los problemas son intrínsecos a las personas y a las relaciones, y las introduce en un universo de



experiencia, en un mundo de fluctuaciones.

La segunda serie de preguntas, que por lo general los pacientes las consideran extrañas y poco comunes, y que se realizan después de una cuidadosa revisión de la primera categoría, provoca que las personas tomen conciencia de los recursos con los que cuentan y limitan el "poder" que el problema ejerce sobre ella. Para lograr esta descripción, el terapeuta comienza a hacer preguntas que incitan a las personas a prestar atención a los "logros aislados" que contradicen aspectos de la descripción saturada de problemas (White, 1994)

Los logros aislados (White, 1994; White y Epston, 1993) abarcan una multitud de sucesos, ideas, sentimientos e intenciones. Promueven la apertura de historias alternativas de la vida de una persona; y al hacerlo, el terapeuta promueve también la tarea de darle nuevos y mejores significados. El tipo de preguntas que se realizan, ayuda a que la persona se sienta capaz de atribuir significaciones personales a los sucesos y capaz de experimentar el impacto que ha de tener la nueva imagen emergente. Esto es un requisito previo para que la nueva versión se fije y se mantenga (White, 1994). Las preguntas que se realizan son, por ejemplo, ¿Qué podría usted hacer para domar la impaciencia y la ambición, así como ha domado otras cosas?, ¿cómo juzga el hecho de haberse sentido suficientemente fuerte para superar la costumbre de anteponer siempre a los demás?, ¿Qué aspectos de sí misma que usted no había advertido antes le describió esa reacción?.

Con el fin de facilitar la resignificación de los eventos, el terapeuta puede plantear una variedad de preguntas, entre las que destacan las relativas al "panorama de acción" y las preguntas relativas al "panorama de conciencia". Las primeras historian los logros aislados en secuencias temporales. Estas preguntas obran a manera de puente entre hechos preferidos del presente y el pasado, y pueden incluirse miembros de la

comunidad que han participado históricamente en la gestación y distribución de la historia dominante en la vida de la persona (White, 1994). Dentro de las preguntas relacionadas con el "panorama de acción" se pueden formular las siguientes: ¿Recuerda cuáles fueron las circunstancias alrededor de ese logro?, ¿Qué otra cosa que usted ha vivido se relaciona con este logro?, ¿Quién de las personas que vivían con usted podría haber percibido que iba a llegar hasta este punto?.

Las preguntas relativas al "panorama de conciencia" hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el "panorama de acción". Dentro de las preguntas que llevan a este panorama se pueden incluir las siguientes: ¿Qué le dice de usted mismo ésto que ha logrado ahora?, ¿Qué conclusiones saca de lo que hace ahora en relación a lo que ocurrirá en el futuro? (White, 1994).

Al trabajar con estas preguntas, y en la medida que los pacientes responden a ellas, se van reviviendo experiencias y vuelven a cobrar vida conceptos alternativos de las personas y sus relaciones. Los pacientes se sitúan como los protagonistas principales de los nuevos conceptos y el terapeuta se desempeña en el papel de coautor de esas versiones alternativas, más positivas y capacitadoras que aquellas "saturadas del problema" con la que los pacientes acuden a terapia. Mientras hablan, tanto el terapeuta como el paciente llegan a alguna comprensión o ideas diferentes de las que el terapeuta podía haber tenido originalmente (Silverstein, 1987).

Las prácticas asociadas a la Narrativa Terapéutica han sido adoptadas por diversos terapeutas, y aplicadas de forma creativa a una amplia gama de problemas presentados en contextos diversos. A continuación referiremos, específicamente, la forma en que las ideas provenientes de este nuevo enfoque pueden contribuir para abordar los problemas relacionados con el abuso y la violencia sexual.

## Capítulo 3

Esperando que un mundo sea desenterrado por el lenguaje, alguien canta el lugar en que se forma el silencio.  
Luego comprobará que no porque se muestre furioso existirá el mar, ni tampoco el mundo.  
Por eso cada palabra dice lo que dice y además más y otra cosa

*Alejandra Pizarnik*

### Violencia Sexual

En México como en muchos otros países, la Violencia Sexual constituye un grave problema cuya incidencia se estima elevada pero que en realidad se ignora su verdadera dimensión<sup>14</sup>. Debido a que esta situación ha estado cubierta por un manto de silencio y secreto, mucha gente no se da cuenta de que ocurre con alarmante frecuencia, y que las personas o familias afectadas pertenecen (o han pertenecido) a todo tipo de antecedentes raciales, económicos, sociales, religiosos y educacionales (Family Services of Greter Vancouver, 1990).

Tipificada legalmente en el rubro sobre Delitos Sexuales del Código Penal, la Violación es entendida como el acto mediante el cual una persona realiza la cópula (introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral) con personas de cualquier sexo por medio de la violencia física y moral (Código Penal, 1992).

Si bien es cierto que cualquier persona, a cualquier edad, independientemente de su

---

<sup>14</sup> La mayoría de los estudios sobre delitos sexuales se basan en aproximaciones ya elaboradas. Muchos casos aparecen ocultos para los estudios, ya que se hacen con base en los datos que arrojan los archivos policíacos o los centros de atención, y no reflejan la totalidad de agresiones cometidas ni de las víctimas (Koss y Oros, 1992).

sexo, puede ser objeto de una violación, los estudios han mostrado que la gran mayoría de las personas afectadas son mujeres y de éstas, un gran porcentaje son menores de edad<sup>19</sup>.

La gravedad de la cuestión de la violación, y el hecho de que cada vez se descubra que hay más casos de mujeres que viven gran parte de sus vidas secretamente oprimidas por los recuerdos de una experiencia de este tipo, son quizá algunos de los aspectos que han llevado a los terapeutas e investigadores a trabajar en torno a la naturaleza de esos hechos, de sus consecuencias, así como también en torno a las tácticas individuales para evitarlos o superarlos, y a la manera de abordar nuevas formas de tratamiento para el impacto psicológico que la experiencia pudo tener.

Para los casos de mujeres adultas que acuden a terapia tratando de superar las dificultades que están experimentando en su vida personal y en sus relaciones, y que las atribuyen a una situación de violación vivida durante la infancia o adolescencia. La Narrativa puede resultar una importante alternativa de abordaje terapéutico.

Retomando las ideas expuestas en el capítulo anterior, se estima que las personas que acuden al terapeuta están intensamente concentradas en las descripciones "saturadas de problemas" de su propia situación, y ésto les impide tomar contacto con la capacidad que tienen para afrontar adecuadamente sus dificultades (Kamsler, 1993). Llevando ésto a un contexto de una experiencia de violación, se presume entonces, que la situación de la mujer que presenta problemas es consecuencia de la acción de las opiniones y las versiones que tiene de sí misma y del mundo; siendo esta "imagen

---

<sup>19</sup> El Código Penal especifica que en los casos en que la cópula se realice con una persona mayor de 12 años y menor de 18, obteniendo el consentimiento de esta última mediante el engaño, el delito se denuncia como Estupro; y como Violación Equiparada cuando se realice con persona menor de 12 años o con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.

dominante" la que limita sus posibilidades de tener acceso a sus propios recursos. Se presentará brevemente cómo, desde un punto de vista narrativo puede ser explicado este problema.

Una experiencia de violación puede llevar a una menor a experimentar una serie de sentimientos confusos que influyen profundamente en la imagen y la percepción que tiene de sí misma y de los demás (Kamster, 1993). Esto se debe, entre otras cosas, al hecho de que la persona que abusó de ella es, en todos los casos, una persona mayor: un hermano, el padre, un amigo de la familia, con quien la niña tenía contacto diario o de manera regular. En una sociedad que opera con el supuesto implícito de que las personas mayores son acreedoras a respeto y, además están facultados para resguardar la seguridad de los niños, este tipo de actos genera un efecto devastador debido, sobre todo, a la transformación del protector en victimario, en un contexto que mistifica las claves interpersonales mediante las cuales, la niña reconoce o asigna significados a esas experiencias, reconociendo o no su capacidad de consentir o disentir el hecho (Sluzki, 1994).

Pocas veces la niña culpa al agresor del (o de los) acto(s) cometido(s). Son ellas mismas quienes pueden comenzar a considerarse "culpables" y "sucias", y a sentir que deben avergonzarse por haber sido víctimas de la violación<sup>16</sup> (Parker y Parker, 1991).

En las más de las veces el sentimiento de culpa se ve favorecido y alentado cuando el agresor, a su vez, organiza su discurso culpando a la niña de la violación.

---

<sup>16</sup> Durante el proceso terapéutico, la mujer continúa reportando el mismo sentimiento de culpa, referido entre otras cosas por haber respondido físicamente a los estímulos que la actividad sexual provocaba, por romper una "promesa" de secreto al denunciar el hecho (en el caso de haber denunciado), por no haberlo dicho antes, por las consecuencias legales, económicas y/o sociales a la familia y a la alteración de la dinámica familiar, y por haber sido/estado accesible a la violación (UNICEF, 1991).

delegando control sobre los hechos ("¿tú te lo buscaste!", "¡Eso te enseñará a no andar vestida de esa manera!", "Sólo sirves para eso"); inculcando miedo ("Si hablas de esto con alguien, voy a volver a hacértelo otra vez", "Nadie te va a creer") y vergüenza ("Confiesa que en el fondo te gustó") (Sluzki, 1994).

La persona que abusa de la niña generalmente niega su responsabilidad, tanto respecto de la violación misma como del impacto que ésta pueda producir en la vida de la menor, o de las consecuencias que el acto pudiera tener para la familia. En la niña esta idea se refuerza profundamente cuando recibe mensajes del contexto social que la rodea, tales como: "No debes permitir que nadie te toque", "Es malo exhibir el cuerpo desnudo" "Nadie daña a las niñas que se portan bien, que son buenas", o acaso "Si le hicieron algo es porque se lo estaba buscando" (Kamsler, 1993).

Además de esto, el sujeto que agrede hace uso de toda clase de recursos para estar seguro de que el acto no será descubierto. Es muy frecuente que promueva activamente el secreto y lo fortalezca con la menor a fin de separarla de los demás miembros de la familia. Mientras es una niña, ella no tiene oportunidad de verificar su propia realidad a causa de la norma del secreto. El agresor tiene el poder de crear una realidad propicia para la violación, diciendo, por ejemplo, "Toda la gente lo hace", "Lo hago por tu bien", "Esto es nuestro secreto íntimo", para justificar sus acciones. Todo esto puede contribuir a que en un futuro la mujer engendre dudas sobre sí misma, puesto que ella recibió la versión de los hechos del agresor antes de haberse formado la propia (Kamsler, 1993).

Por otro lado, el agresor pudo haber estimulado en la menor sentimientos de enorme responsabilidad hacia los demás a través de sugerencias tales como "Si lo cuentas, tu madre podría sufrir un colapso", o tal vez: "Si cuentas lo nuestro me echarán de la casa", o "Tú eres la única que me comprende" o incluso diciendo "Si te niegas a

hacerlo lo haré con tu hermana menor"<sup>17</sup>. En la situación de violencia sexual, es probable que la menor que ha crecido con la idea de la lealtad familiar<sup>18</sup>, elabore una imagen de sí misma pobre en recursos. Ella mide su autoestima partiendo de la autonegación y de la creencia de que son "personas para los demás" antes que "personas por y para sí mismas". De modo que pueden desarrollar un "estilo de vida de víctima" caracterizado por sentimientos de impotencia y de conducta pasiva (Adams e Isenbart, 1993).

Los diferentes medios utilizados por el agresor para ejercer el control sobre la menor y seguir obligándola a tener contactos sexuales, puede estimular en ella el desarrollo de respuestas habituales de miedo y pánico en las relaciones íntimas de la mujer ya adulta. Los miedos pueden ocupar un lugar prominente en las versiones que ella tiene sobre sí misma (Kamsler, 1993). Las adolescentes, por lo general, tienen preocupaciones de si podrán "funcionar" de manera normal al llegar a adultas pues en muchas ocasiones se consideran "estropeadas" y "dañadas" de por vida (Parker y Parker, 1991).

Basada en todas las experiencias referidas, y en los sentimientos y convicciones que la menor comienza a experimentar respecto de tales experiencias, desarrolla sus propios mecanismos para afrontar la vida: se avergüenza y se culpa cuando las cosas marchan mal, y esto fortalece sus sentimientos y la opinión negativa sobre sí misma. (Kamsler, 1993)

Muchas de las reacciones de la familia, en los casos en que la violación se descubra

---

<sup>17</sup> Estos mensajes son en la mujer un entrenamiento intensivo para dar prioridad a las necesidades de los demás antes que a las propias, y esa actitud puede convertirse en un modo habitual en la imagen que ella se forma de las relaciones humanas.

<sup>18</sup> Entendida como prioridad a mantener la integridad de la familia a expensas de cada uno de los miembros como individuos (Adams e Isenbart, 1993).

o se revele, refuerzan los sentimientos y la imagen que la menor tiene de ella misma. A la menor frecuentemente se le mira con curiosidad, pena, u hostilidad, dependiendo de los valores de las personas que se enteren de la violación. Como la sexualidad es considerada prerrogativa de los adultos, se le hace muy difícil a los miembros de la familia, continuar viendo a la menor como menor, y pueden comenzar a tratarla como un ser "raro", en algunas cosas como niña y en otras como una persona adulta (UNICEF, 1991).

De esta manera, el contexto familiar puede también convertirse en un sistema de apoyo vital para las interacciones y opiniones que continúan teniendo un efecto negativo en la imagen de la menor y en su experiencia de las relaciones. "Si las personas en quien confió no le creen y el secreto y la vergüenza siguen influyendo en ella, las experiencias de las interacciones en otras relaciones significativas de la mujer ya adulta pueden alentar de manera adicional la supervivencia de las respuestas y las creencias habituales: la mujer puede tener vergüenza de sí misma o considerarse "estropeada" si tiene problemas sexuales con su pareja" (Kamsler, 1993, p.24).

En otros casos, las configuraciones de interacción que mantienen niveles altos de negación contribuyen, en algunas ocasiones, al establecimiento y la permanencia de la violación. Mediante patrones complementarios de interacción cada miembro de la familia invita a los demás a ignorar o a deformar la información que pueda sugerir que las conductas particulares son inapropiadas o dañinas. "La conducta sexualmente abusiva se desarrolla y se mantiene mediante el proceso de la negación. Los miembros de la familia pueden negar: a) la existencia del abuso, b) el conocimiento de determinados hechos, c) la posibilidad de la violación y el impacto que tuvo la violación en la menor" (Adams e Isenbart, 1993, p.65).

De alguna manera, al crecer con todo este tipo de experiencias, la mujer trata de



encontrar alguna o algunas causas y porqués de lo que ha vivido. Es importante mencionar que para que una persona pueda dar cuenta de sí misma al tiempo de dar cuenta de todo cambio, necesita continuidad en tiempo y espacio, necesita retener el orden, proveer de causalidad a los eventos y organizar narrativas coherentes (Sluzki, 1994).

El choque entre esa necesidad de asegurar sentido y la incapacidad de organizar de manera razonable la experiencia de violación, resulta en un esfuerzo denodado por parte de la mujer para lograr cierto grado de control sobre los eventos a través de "reescribir" o "reeditar" la historia del hecho traumático. Como consecuencia de este esfuerzo por generar sentido, en la mujer se favorece una historia de la violación que contiene el supuesto de que podría haber hecho algo para prevenir el acto de la que fue objeto y, por lo tanto, de que, al menos en parte, ella es culpable: la mujer construye y privilegia una historia en la que tiene algún control sobre los hechos a expensas de asumir la culpa por su propia victimización (Sluzki, 1994).

Es necesario destacar que esta revisión interminable con un sobretono de culpa, transforma los eventos, incluso los que se dan de manera aislada, en una experiencia reiterada y repetitiva. La mujer, de ahí en más, continúa viviendo su vida con restricciones conceptuales y perceptuales, sin considerar alternativas. Ella desarrolla una imagen continuada de sí misma que excluye la posibilidad de sentirse competente o confiada. "Muchas pacientes confiesan que imaginan que sufrirán dificultades emocionales y/o interpersonales más adelante en sus vidas como si ello fuera inevitable... Por lo tanto, tales preocupaciones pueden llegar a transformarse en profecías autorrealizables, que promueven la aparición de dificultades adicionales, pues las pacientes se encuentran más dispuestas a interpretar los hechos atendiendo a la violación antes que a las presiones de la vida que puedan superarse" (Durrant y

Kowalski, 1993, p.94).

Poco a poco, la "imagen dominante" que la paciente tiene de sí misma, llega a ser la lente a través de la cual ella se mira a sí y al mundo. "Las creencias sobre sí mismas de las personas que han sufrido abuso sexual, restringen sus posibilidades de cobrar conciencia de sus propias fuerzas. Están cegadas a aquellos aspectos de su experiencia vivida que se oponen a la imagen dominante de sí mismas, una imagen desvalida, impotente e incompetente. Estas personas no identifican ni asignan significación a las ocasiones en que actuaron de manera competente o en las que los demás les demostraron, con su trato, que las consideraban personas valiosas" (Adams, e Insenbart, 1993, p.63).

"La imagen dominante" que tiene una persona limita sus posibilidades de tener acceso a sus propios recursos. Esta imagen invade tan intensamente las descripciones que la mujer hace, que al comienzo de la terapia se muestra incapaz de identificar alguna información sobre sí misma que se apartara de la versión de que ella era "sucias" o "mala", por ejemplo. (Kamsler, 1993). La mujer llega a terapia con una descripción "saturada de problemas" de su propia situación que le impide tomar contacto con la capacidad que tiene para afrontar con éxito sus dificultades.

De aquí, se desprende que el proceso terapéutico para mujeres que sufrieron una experiencia de violación durante su infancia, consiste en impulsar e identificar nuevas versiones o imágenes sobre ellas y sus recursos (y una imagen de posibilidades futuras). Una versión en la que la solución y la idea de alcanzarla reemplacen al problema y se transformen en la lente a través de la cual las pacientes han de observar la vida (Durrant y Kowalski, 1993). Es importante adoptar un enfoque que tienda a realzar una autoimagen centrada en las experiencias de capacidad más que en las deficiencias (Epston, 1994).

El proceso terapéutico se debe orientar a favorecer la construcción de una historia alternativa de los sucesos que liberen a la mujer de los efectos destructivos de la imagen dominante (imagen en la que se consideran dañadas de por vida) y poder así tener acceso a nuevas imágenes acerca de la propia capacidad y supervivencia (Kamsler, 1993). El terapeuta deberá facilitar, a través del interrogatorio y la conversación terapéutica, la construcción de historias alternativas, favoreciendo una discriminación de los significados y las narrativas que han sido previamente incorporadas y aceptadas de manera no crítica por la paciente (Sluzki, 1994). Se requerirá una reactualización y una recontextualización de las experiencias aisladas que permita a un tiempo una desmitificación y una explicitación de los niveles de contradicción de la historia que las incluya o ancla: "El proceso terapéutico consiste en una lucha a través de la cual la experiencia traumática tiene posibilidades de ser recontextualizada y rehistoriada. Así, la desconfianza, la vergüenza, la culpa dejan lugar al restablecimiento de una autoestima y a la percepción de la dignidad" (Sluzki, 1994. p.369).

Retomando la idea de que el desarrollo y la consolidación de los problemas toman su curso porque hay restricciones que les impiden seguir otros cursos (White, 1994), es importante también que el terapeuta trabaje con la paciente a fin de desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objeto de generar "novedades de diferencia que hagan una diferencia" (White, 1994), y con ello afrontar o dejar de lado las restricciones. Las pacientes deben ser capaces de percibir las distinciones para poder observar un contraste entre la descripción que ellas mismas hicieron y la nueva descripción: "La terapia puede considerarse una oportunidad de corregir las restricciones o las versiones dominantes a fin de que la mujer ayudada por el terapeuta genere dobles descripciones o diferentes versiones" (Kamsler, 1993. p.51)

Para estos casos es necesario adoptar un esquema que reconozca y evalúe la influencia del contexto familiar y de las relaciones (incluyendo el contexto de la relación de la mujer agredida con el hombre que abusó de ella), así como la influencia que tuvieron las ideas restrictivas en el desarrollo de los problemas de la mujer (Kamster, 1993). Las orientaciones con un esquema Narrativo sugieren la externalización del problema como el primer paso para invitar a la mujer a que se aparte de los efectos del rótulo o ideas restrictivas, y para darle la posibilidad de que descubra versiones o imágenes diferentes de sí misma. Como se mencionó en el capítulo anterior Michael White (1994) propone algunas formas de interrogar al paciente que apuntan a reducir la influencia de las ideas restrictivas y a abrir un espacio para que éste reconozca otros aspectos de la experiencia.

Las posibilidades que tiene este modelo para abordar situaciones de violencia sexual se mostrarán a través de la presentación de un caso clínico atendido durante el Servicio Social en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (A.V.I.SE.); antes del mismo se presentará una reseña de dicha institución y de las actividades que se realizaron.

**Parte dos**

## **Capítulo 4**

### **A.V.I.SE.: Una Institución para la atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual**

#### **Breve Reseña de la Institución donde se realizó el Servicio Social**

Como respuesta a la necesidad de crear un espacio en donde se pudiera brindar apoyo integral a los numerosos casos de Violencia Sexual y a otros tipos de violencia de la Ciudad de México, se fundó e inauguró en octubre de 1990 el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (A.V.I.SE.).

Este Centro inició sus labores como parte de un esfuerzo más por atender las demandas de bienestar social, en los aspectos de Justicia y Seguridad Pública, con el propósito de otorgar alternativas de apoyo a las víctimas de la violencia en sus diferentes ámbitos, no importando su edad, sexo, condición económica o afiliación política.

Como organismo Multidisciplinario, el Centro AVISE logra sus objetivos a través de pláticas, conferencias, cursos formales y material educativo dirigido a la población en general; así como a través de apoyo Psicológico, Jurídico y de Trabajo Social de alta calidad para las personas que solicitan el servicio. Además, contribuye al conocimiento de la frecuencia, distribución, y de las causas y consecuencias de la Violencia Sexual e Intrafamiliar en el Distrito Federal y zonas conurbanas por medio de la elaboración de estadísticas y de un sólido programa de investigación.

Por otro lado y con el objeto de prevenir situaciones de violación y abuso sexual, el

Centro A. V. I. S. E. ha diseñado talleres infantiles para niños cuyas edades se encuentran entre los 6 y 12 años, brindándole a los menores conocimientos y herramientas para actuar adecuadamente en caso de existir el riesgo de ser víctimas de un ataque sexual; tratando además, de fomentar en ellos la expresión de sentimientos, de actitudes asertivas, de autorrespeto y de un cuidado y conocimiento de su cuerpo.

### **Estructura organizacional del Centro**

Para cumplir con todo lo anterior, el Centro A.V.I.S.E. cuenta con cuatro áreas principales de Servicio, que son: Trabajo Social, Psicología, Jurídica e Investigación y Académica. En todas ellas labora personal altamente capacitado que desempeña sus funciones con gran profesionalismo y discreción.

El Area de Trabajo Social se encarga de establecer el contacto inicial con el usuario. Recibe y entrevista por primera vez a las personas que asisten al Centro, detecta sus necesidades y los canaliza al servicio (o servicios) más adecuado (s): psicología, jurídico y/o investigación. A la vez que realiza visitas institucionales para la canalización de casos que no competen a la problemática que atiende el Centro.

El Area Jurídica proporciona asesoría legal y da seguimiento a todos aquellos casos en los que se desea instaurar y formular denuncias penales en contra de los agresores, ya sea por lesiones o por cualquier otro delito. Auxilia en las gestiones entre el Ministerio Público y la persona, y ha diseñado una estrategia prejurídica que permite a las víctimas obtener un certificado médico y la acumulación de pruebas para que, en el momento oportuno, éstas tengan bases específicas para la denuncia. Así como también prepara a los usuarios para enfrentar el careo cuando éste es necesario.

El Area de Investigación y Académica se encarga de recopilar información relativa a la atención de la Violencia Sexual e Intrafamiliar. Hace acopio de información que va

desde notas periodísticas hasta artículos especializados en inglés y español. Realiza investigaciones que fungen como agentes conscientizadores de la problemática, desmitifica y profundiza en el fenómeno de la violencia en México. Proporciona asesoría pedagógica al público en general con información documental sobre la problemática que atiende el Centro, coordina charlas, conferencias y cursos solicitados por instituciones del sector público y privado; y trabaja con el área de Psicología en el diseño y planeación de cursos y talleres con carácter preventivo.

El Área de Psicología, por su parte, brinda asesoría y atención terapéutica individual, de pareja y familiar a víctimas de violencia física y sexual. También otorga atención psicológica a los agresores que solicitan el servicio o que son canalizados por otras instancias. Esta área tiene entre sus objetivos el desmitificar el problema de la violencia sexual e intrafamiliar, planear estrategias de prevención de estos delitos y promover estrategias de apoyo para lograr los cambios u objetivos deseados por el usuario que demanda la atención.

La línea de atención que recibe el usuario está supeditada al enfoque o aproximación terapéutica que maneje el psicólogo asignado para cada caso. En este sentido no existe en el Centro A.V.I.S.E. un enfoque rector para abordar la problemática y si, en cambio, se enriquece el trabajo de todos y cada uno de los profesionales que prestan su servicio a través de las sesiones clínicas y bibliográficas.

Las sesiones clínicas se realizan una vez a la semana y en ellas participa todo el personal del Centro. Cada una de las diferentes áreas tiene asignada fechas para exponer algún caso que considere de interés y que busque retroalimentar y enriquecer con éste el trabajo de todos. El área asignada comenta durante la sesión el porqué eligió el caso, así como la metodología que empleó para abordarlo. Refiere los resultados del mismo, y los avances o limitaciones que se tienen cuando el proceso no



a finalizado aún. El área encargada tiene también la posibilidad de invitar al personal de las otras áreas que intervinieron o están trabajando de manera multidisciplinaria en la atención de dicho caso.

Las sesiones bibliográficas se realizan también una vez a la semana, pero éstas al interior de cada una de las áreas. Los temas o tópicos abordados en estas sesiones son sugeridos por los integrantes de las diferentes áreas. Se revisan y exponen artículos y publicaciones diversas, y se plantea el trabajo para organizar cursos, talleres y conferencias.

#### **Actividades Desarrolladas Durante el Servicio Social**

Las actividades que se desarrollaron durante el Servicio Social estuvieron insertadas en las áreas de Investigación y Académica, y en Psicología.

De manera inicial, se realizaron revisiones y lecturas hemero-bibliográficas con el fin de conocer la problemática que atiende el Centro. Posterior a ésto se continuó el trabajo realizando actividades paralelas en cada una de las diferentes áreas:

#### **INVESTIGACION Y ACADEMICA**

##### *Académica*

- Diseño y elaboración de dos periódicos murales:
  - Prevención de Violación
  - Prevención de Abuso Sexual al menor

- **Revisión bibliográfica y hemerográfica para recabar información sobre Abuso Sexual, Maltrato al menor e Integración familiar.**
- **Diseño y elaboración de material didáctico para apoyar pláticas sobre:**
  - **Abuso Sexual**
  - **Integración familiar**
- **Recabación de información básica para la platica sobre "Maltrato al Menor" y elaboración del guión para la misma.**
- **Organización, coordinación y exposición en el Centro A.V.I.SE de la platica "Maltrato al Menor".**
- **Diseño y elaboración de 17 hojas de rotafolio para apoyar la platica de "Maltrato al Menor".**
- **Participación y apoyo en la organización del Taller "Preparación Prematrimonial" impartido en el Centro, el cual tuvo una duración de 16 horas.**
- **Asistencia a la Estancia Infantil No. 25 del ISSSTE y a una Escuela Primaria como ponente de la platica "Maltrato al Menor", con una concurrencia aproximada de 40 personas por cada Institución.**
- **Difusión del Centro AVISE a través de:**
  - **Cartelones**
  - **Trípticos**
- **Apoyo en la elaboración de la Unidad de Autoenseñanza sobre la terminología más utilizada en la atención de la Violencia Intrafamiliar.**
- **Apoyo en el diseño y elaboración de material didáctico para juntas académicas, talleres y pláticas diversas.**
- **Asistencia a un total de 14 Sesiones Clínicas, abarcando los siguientes temas:**
  - **Violación (por el área Jurídica)**

- 
- **Maltrato Psicológico (área de Psicología)**
  - **Maltrato Físico, Psicológico y Sexual (área de Trabajo Social)**
  - **Violación Equiparada (área Jurídica)**
  - **Violencia Intrafamiliar (área de Psicología)**
  - **Maltrato Físico y Psicológico (área de Trabajo Social)**
  - **Exposición de caso (área Jurídica)**
  - **Violación con embarazo (área de Psicología)**
  - **Maltrato Físico y Psicológico (área de Trabajo Social)**
  - **Violación (área Jurídica)**
  - **Violación Incestuosa (área de Psicología)**
  - **Abuso Sexual y Tentativa de Violación (área de Trabajo Social)**
  - **Abuso Sexual (área Jurídica)**
  - **Violación (área de Psicología)**
  - **Asistencia a un total de 26 Sesiones Bibliográficas con los siguientes temas:**
    - **Evaluación Final del Taller de Escuela para Padres**
    - **Revisión de artículos (varios)**
    - **El Método Clínico (revisado en cuatro sesiones)**
    - **Nuevo Formato de Reporte Mensual**
    - **Conclusiones sobre: hoja de reporte mensual, hoja de reporte por alta y hoja de reporte por sesión**
    - **Organización de actividades internas del Centro**
    - **Raíces Históricas y Filosóficas de la Psicoterapia**
    - **Fundamentos de la Psicoterapia**
    - **Intervención en Crisis**
    - **Teoría de la Crisis: estructura general**

- Crisis Circunstanciales de la Vida
- Un Método Amplio de Intervención en Crisis
- Elaboración del Reporte Anual de Actividades
- Primera Ayuda Psicológica
- Propuesta de Proyectos para Talleres y Formato para Citas
- Matanza de los Hijos
- Terapia Familiar: una alternativa
- Abuso Sexual en Niños y Adolescentes
- Violación
- Resumen del Taller Teórico-Vivencial "Crianza con Cariño"
- Reglamento del área de Psicología

#### *Investigación*

- Clasificación del Material Hemero-Bibliográfico de la Biblioteca del Centro.
  - 71 Libros
  - 28 Revistas FEM-PRES
  - 99 Revistas FEM
  - 29 Revistas varias
  - 13 Carpetas con diversos artículos periodísticos (clasificados por la fecha en que salieron publicados)
    - 166 Artículos de revistas (clasificados por fecha)
    - 72 Artículos de libros (clasificados por Tema)
- Atención a 35 usuarios para el préstamo de material hemerográfico y bibliográfico, procedentes de Instituciones tales como:
  - Universidad Nacional Autónoma de México (Facultades, C.C.H., ENEP y

**Preparatorias)**

- C.E.C.I.T.
- Bachilleres
- Universidad Autónoma Metropolitana
- ▀ Búsqueda y renovación del material hemerográfico de la biblioteca. Se asistió para este fin, en dos ocasiones, a la UNAM en su Facultad de Psicología.
- ▀ Elaboración de Fichas Bibliográficas para las investigaciones de Violación y Abuso Sexual.
- ▀ Elaboración del artículo "Violación Intrafamiliar".
- ▀ Apoyo en la elaboración de los Informes Mensuales del Centro.
- ▀ Recopilación de datos de los Servicios que proporciona el Centro por Area.
- ▀ Elaboración de estadísticas correspondientes a 1991 de tres investigaciones que se realizan en el Centro: Violación, Abuso Sexual y Maltrato. Las variables que fueron tomadas en cuenta se clasificaron en tres grupos:
  - Situación o hechos (Delegación donde se cometió el delito, Sitio de la agresión, Hora, Lugar y Frecuencia).
  - Datos de la Víctima (Edad, Sexo, Ocupación).
  - Datos del Agresor (Conocido o desconocido de la víctima, Edad, Sexo, Ocupación).
- ▀ Elaboración de Cuestionarios para agresores de Violación, Abuso Sexual y Maltrato.
- ▀ Diseño y elaboración de nuevo Formato de Informe Mensual utilizado por el área de Psicología.

**Psicología**

- ▀ 30 Horas de adiestramiento y supervisión proporcionadas por el responsable de

**Servicio Social del Centro.**

▪ **Atención a un total de 49 casos de los cuales:**

- 29 se atendieron en **Terapia Individual**
- 14 en **Terapia de Pareja**
- 6 en **Terapia Familiar**

**Los casos estuvieron divididos en las siguientes problemáticas:**

- 32 casos de **Maltrato**
- 10 casos de **Violación**
- 7 casos de **Violencia Intrafamiliar**

▪ **Elaboración de expedientes por cada uno de los casos atendidos.**

▪ **Asesoría a 10 usuarios por problemáticas diversas (no correspondientes a los servicios que presta el Centro).**

▪ **Elaboración de 6 Informes Mensuales en donde se especifica el número total de servicios prestados y los datos de las personas atendidas:**

- **Nombre del paciente**
- **Edad**
- **Sexo**
- **Problemática**
- **Modalidad terapéutica**
- **Asistencia por semana (número de sesiones).**

# Parte tres

## Capítulo 5

### Presentación de Caso Clínico

Lucía<sup>19</sup> es una mujer soltera de 34 años, es la tercera hija de una familia conformada por ambos padres y tres hermanos casados (dos hermanos mayores y una hermana menor). Ella acudió al Centro A.V.I.SE para solicitar apoyo psicológico, refiriendo que a la edad de 15 años, mientras sus padres se ausentaban de la casa por motivos de trabajo, sus hermanos abusaron sexualmente de ella. Dijo que sus padres, a quienes después de algún tiempo les confió el problema, no respondieron ni la apoyaron como ella hubiese deseado; sus hermanos tampoco reconocieron la acusación.

Lucía mencionó que a pesar de que ya habían pasado muchos años, y de que no recordaba algunos detalles relacionados con la violación, no había podido superar esa experiencia. Comentó que a raíz de la violación, y del poco apoyo que recibió de sus padres, había adoptado una actitud de "sumisión", misma que deseaba modificar.

#### El Proceso

La terapia se trabajó en doce sesiones con intervalos de una semana cada una; y tres sesiones de seguimiento a los 20 días de la última entrevista. Los objetivos de la terapia se establecieron en la primera sesión de trabajo. Lucía señaló que a través de la terapia, ella deseaba empezar a decidir y actuar por sí misma; quería tener la posibilidad de decir "No" cuando así lo creyera necesario y dejar a un lado la actitud

---

<sup>19</sup> Nombre asignado para referenciar este caso y respetar la confidencialidad e identidad de la paciente atendida.



de "sumisión" y de poco carácter que mostraba ante la gente, especialmente ante los hombres. Refirió además, su inquietud por precisar algunos detalles relacionados con la violación, enfatizando que, de alguna manera, ésto le ayudaría a mejorar las cosas en su vida actual.

#### Sesión 1

Durante la primera sesión, Lucía relató situaciones relacionadas con la violación de la que fue víctima a los 15 años de edad por sus hermanos mayores, cuando éstos se encontraban bajo el influjo de las drogas. Explicó que ésta era la primera vez que ella buscaba apoyo psicológico, pues a pesar de que ya habían pasado muchos años, ella sentía la necesidad de hablar de esa experiencia, de poder aclarar detalles que no recordaba y sobre todo, de modificar la imagen de "mujer sumisa" que ella mostraba a los demás.

#### Sesiones 2 y 3

Tomando como base la demanda planteada por Lucía, el trabajo terapéutico se centró en lograr que ella pudiera externalizar su problema, rehistoriar la experiencia de la violación: describir situaciones en donde Lucía no hubiese adoptado la posición de "sumisión" y elaborar nuevas imágenes de sí misma.

*En las primeras sesiones Lucía mencionó detalles -poco precisos- de la violación, la mayor parte de su narración la refirió al hecho de sentirse "sumisa" y de actuar siempre conforme a la expectativas y necesidades de los demás. Dada la descripción que ella tenía de sí misma como una*

*mujer "sumisa" que no sabía decir "no", y a que esta descripción estaba presente en todo su relato, realicé preguntas cuyas respuestas pudieran externalizar de alguna manera esa descripción.*

T: Lucía, tú dices que eres "sumisa" con los demás y eso es algo que te desagrada: la gente se aprovecha de ti y difícilmente puedes decir que "no" cuando alguien te pide un favor o te solicita algo. También comentas que ésto tiene mucha relación con la experiencia de violación que viviste cuando tenías 15 años. ¿de qué manera crees tú que influyó dicha experiencia en los que estás refiriendo en este momento?

Lucía: Después de la primera agresión no sentí ser la misma persona. Es difícil de explicar, pero fue como si mi cuerpo ya no me perteneciera a mí, como si le perteneciera a otras personas. Como si mi voluntad no valiera, era siempre lo que los demás decidieran. Por eso siento que de esa vez a la fecha mi actitud es muy "sumisa".

Terapeuta: Lucía, ¿podrías ponerme un ejemplo de cómo se manifiesta esa actitud de sumisión en tu vida cotidiana?<sup>20</sup>

L: Esto se presenta con los hombres sobre todo. Siempre he antepuesto las necesidades de mis parejas a las mías, aún cuando llegue a incomodarme. Por ejemplo, les presto dinero a pesar de que a veces no tengo ni para mí. Con mi actual pareja, cuando no tiene

trabajo, yo cubro sus gastos económicos. Soy una persona que no sabe decir "No".

T: ¿Has pensado en alguna ocasión cuál es el objetivo de anteponer las necesidades de ellos a las tuyas?

---

<sup>20</sup> La pregunta ya no fue dirigida a ella como una persona "sumisa", sino como una "actitud" que llega a manifestarse en su vida cotidiana.

L: Bueno pues, creo que es una forma de retenerlos. Nunca he sentido el apoyo de mis familiares y como que eso me crea la necesidad de tener amigos fuera de casa y, como te digo, a retener su compañía. Pienso que a mis amistades (hombres) las compro económicamente para no estar sola, y a la vez para "castigarme".

T: ¿Castigarte?

L: Castigarme por lo que sucedió con mis hermanos. Nunca debió pasar, éramos hermanos. Ellos lo volvieron a intentar, pero yo no se los permití. La vez que ellos me agredieron yo forcejé y mi hermano mayor decía que era normal, que todas las familias lo hacían, pero yo sabía que no era cierto, no tenía razón. Me sentí muy mal cuando pasó y tenía miedo de que se volviera a repetir, ellos eran muy agresivos.

T: Lucía, hace un momento dijiste que tus hermanos lo volvieron a intentar, sin embargo tú no lo permitiste<sup>21</sup>.

L: Sí, la primera vez que mis hermanos me agredieron fue por sorpresa y a la fuerza, mientras mis padres permanecían fuera de casa. Hubo otras ocasiones en que mi hermano mayor lo intentó nuevamente, pero yo reaccioné con golpes; el otro nunca más me volvió a tocar ni a insinuar nada. Además, desde la primera vez que me agredieron hasta la fecha, procuro no estar en la casa, por lo menos no sola ni en el mismo lugar que ellos.

T: ¿Cómo te sentiste de no haber cedido a la exigencias de tu hermano?

L: Me sentí bien en ese sentido, pues yo tenía claro que esa experiencia no se iba a volver repetir, yo no iba a dejar que se repitiera nuevamente.

*Esta parte de la entrevista fue importante dado que una vez que Lucía*

---

<sup>21</sup> Se busca resaltar un logro que Lucía no advierte en su narración y que contradice la idea de actuar de manera sumisa frente a las exigencias de los demás.

*señaló la forma en que había influido en ella la violación, pudimos empezar a identificar también ocasiones en las que ella tuvo actitudes que se alejaban de la imagen de sumisión que tenía de sí misma. Lucía pudo identificar por primera vez un logro que se contraponía a la narración que había manejado durante las dos primeras sesiones. Advirtió que había podido enfrentar a su hermano no cediendo a sus exigencias y agresiones. Por otra parte, pudo narrar, de manera más precisa los posteriores intentos de violación por parte de éste.*

#### Sesión 4

En esta sesión, Lucía me habló de la dificultad que tuvo para revelar el secreto a sus padres. Dijo que sentía miedo y vergüenza de hablar de la violación con ellos. Pensaba que con el transcurso del tiempo se le olvidaría y ya no tendría porqué mortificar a sus papás con un nuevo problema.

*Durante la sesión hablamos sobre cómo la situación que se vivía en su casa había fomentado en ella la costumbre de anteponer siempre a los demás a expensas de su propio sentir; de tal manera que ella se sentía mal cuando actuaba de acuerdo a sus propios deseos. Las preguntas durante el proceso intentaron determinar la influencia que había ejercido el contexto familiar en el hecho de dar prioridad a los demás antes que a sus propias necesidades<sup>27</sup>.*

---

<sup>27</sup> De alguna manera, este proceso se inició desde la sesión anterior, cuando comentamos la participación que tuvo su hermano -lo que le decía y lo que le hizo- para que ella se sintiera culpable

T: Hablas de un nuevo problema como si hubieran existido otros que te condujeran a no revelar el secreto por tanto tiempo.

L: Sí, te comenté que mis hermanos se involucraron con alcohol y droga; pues de hecho al más grande lo internaron en un hospital a raíz de su adicción. En la casa estábamos muy tensos por esa situación, y eso me hacía sentir que yo no debía hablar de lo que pasó.

Lucía mencionó que particularmente su mamá utilizaba el problema de sus hermanos para ejercer control y manipulación sobre ella y su hermana.

T: ¿Puedes decirme de que manera tu mamá ejercía ese control?

L: Humm... ella se angustiaba bastante, y cuando algo nos llegaba a pasar (a mi hermana y a mí) decía que ya era mucho con lo de mis hermanos como para tener todavía más problemas con nosotras. Yo no quería darle más disgustos y sabía que una manera de tenerla contenta, o por lo menos más tranquila, era haciendo siempre lo que ella dijera y nunca dar motivo de queja o contradecirla.

T: ¿Era igual el trato que tenía tu mamá con ustedes -contigo y tu hermana- y el que tenía con tus hermanos?

L: No, definitivamente no. Con ellos era muy permisiva y tolerante; según ella lo único que quería era tratar de ayudarlos.

T: Bien Lucía, finalmente tú les contaste a tus papás lo que había pasado, ¿cómo lograste sacar el carácter para decirselos?, sobre todo sabiendo que esto podía poner muy mal a tu mamá<sup>23</sup>.

L: Bueno, mi hermano mayor seguía molestándome, él decía que me quería y que era

---

y accediera a sus exigencias.

<sup>23</sup> Nuevamente se plantea un logro que contradice el relato dominante y se refuerza de alguna manera con la frase: "lograste sacar el carácter para decirselo".

una lástima que fuéramos hermanos. Yo ya me sentía cansada y muy mal de escuchar eso. Así que pensé que diciéndoselo a mis papás él dejaría de molestarme.

T: ¿Cómo reaccionaron tus padres?

L: Muy sorprendidos. Mi papá reaccionó violentamente y golpeó a mis hermanos, a los dos. Mi mamá decía que no lo podía creer; después los justificó diciendo que habían actuado así porque no estaban en su juicio. Me pidió que borrara lo sucedido y que tratara de no volver a enfocar ese problema.

T: ¿Cedieron los constantes hostigamientos de tu hermano?

L: De intentar hacerme algo, sí; aunque a veces sigue diciendo que me quiere; claro, cuando nadie se da cuenta, porque ahora ya está casado.

*A pesar de que Lucia no recibió el apoyo que hubiese esperado, en este caso refirió sentirse bien ya que pudo externar algo que a ella le incomodaba. Le señaló la importancia de ese logro y evidenció el valor del que tuvo que echar mano para hablar con sus papás de la violación. Siguiendo sobre esa línea, con el objeto de que ella pudiera referir otros logros y manejando la imagen de "sumisión" como algo separado de ella, le pregunté nuevamente: ¿Recuerdas alguna otra ocasión en la que actuaste conforme a lo que verdaderamente sentías -o querías-, no dejando que la sumisión se apoderara de tí?. De manera muy espontánea Lucia me contó que a los 19 años había suspendido su boda y cancelado todos los preparativos, cuando se dio cuenta que se iba a casar sólo por escapar de los problemas. Al finalizar su narración dijo: "Realmente fue un poco duro, pero de otro modo hubiera echado a perder mi vida y la de mi novio".*

Sesiones 5 y 6

Al iniciar la quinta sesión, Lucía mencionó que ya no era tan importante recordar exactamente cómo habían sucedido las agresiones, que en ese momento para ella era más importante hablar de lo que le hacía sentir bien y de lo que podía hacer actualmente. Así pues, comenzamos la sesión retomando la demanda planteada por ella.

T: Muy bien Lucía, tú mejor que nadie sabes de qué es mejor hablar en este momento. ¿existe algo especial que me quieras contar?

L: Sí. Fijate que ya no vivo en la casa de mis papás, me fui a vivir sola a un departamento. Esto era algo que yo tenía pensado desde hace tiempo, pero la verdad no me animaba a hacerlo, me daba miedo. Como que se me hacía imposible desligarme de mi familia.

T: ¡Mira! no me lo esperaba. Seguramente tuviste que enfrentar algo o a alguien para llevar a cabo tu decisión.

L: Tuve que enfrentar mi miedo, y definitivamente a mi mamá. Ella no estuvo ni está de acuerdo con que yo me salga de la casa. Me dijo que no me fuera.

T: Lucía ¿cómo lograste anteponer tu deseo y contrarrestar la influencia tan fuerte de tu mamá?

L: Me costó mucho trabajo decidirme; pero cuando me pensaba fuera de la casa experimentaba una tranquilidad y un entusiasmo por hacer muchas cosas. En la casa de mis papás yo me sentía muy limitada, mi mamá siempre le ponía "peros" a todo, y yo dejaba de hacer lo que me gustaba para que ella estuviera bien. Pero ahora siento el deseo de quedar bien conmigo misma y de estar libre<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> La respuesta de Lucía posibilitó una nueva versión de sí misma. Este tipo de respuestas se buscaron siempre a través de preguntas en donde ella pudiera identificar las excepciones, señalando

T: En esta semana que no has estado en tu casa ¿cómo has experimentado esa libertad?

L: En el departamento, aún cuando estoy sola, me siento tranquila y relajada, como hace mucho tiempo no me sentía. Ya no tengo que salirme de casa o evitar compartir el espacio cuando mi hermano visita a mis papás. Ahora tengo plena libertad para hacer las cosas como yo creo. ¿Y sabes? no pienso darle la dirección a mi familia, yo me estaré comunicando con ellos, o los iré a visitar cuando lo crea necesario.

T: El haber tomado esta decisión Lucía ¿qué te hace pensar de tí misma?. ¿Cómo te percibes en este momento?

L: Como una persona que decide y actúa por sí misma, y que se preocupa por su persona.

*En la medida en que se plantearon este tipo de preguntas y que Lucía respondió a ellas, se tuvo la oportunidad de identificar diferencias en relación a la descripción que tenía de sí misma. Este proceso impulsó la elaboración de una nueva imagen (una imagen alternativa) y, por consiguiente, la posibilidad de actuar conforme a los verdaderos intereses de ella.*

En el transcurso de la sexta sesión, Lucía refirió cambios significativos en el sentido de hacer las cosas como quería; y esto, como ella comentó "la hacía sentirse segura". Había empezado a realizar una rutina de ejercicio físico y de lectura sin interrupciones. Y habló de la posibilidad de irse a Veracruz y poner allá un pequeño negocio, detalló algunos planes para llevar ésto a cabo.

---

la importancia de éstas y asignándole nuevos significados.



Sesiones 7 a 9

Lucía continuó informándome sobre los cambios que observaba en su carácter y en las actividades que realizaba. Sin embargo, atribuye logros triviales a su relación de pareja. Mencionó que con su novio continuaba sintiéndose "sumisa" pues siempre hacía las cosas como él las quería. Nuevamente se trabajó en la externalización de esta idea.

T: Lucía, cuando estás con tu pareja ¿cómo te has percatado que la sumisión se manifiesta contigo?

L: Bueno, como te he comentado yo siempre traté de hacer las cosas como los demás las querían, evitando así que se pudieran molestar conmigo. Con mi novio sigue pasando lo mismo, hago todo lo que está a mi alcance para no tener pleitos ni disgustos con él. Cuando estoy a su lado me sigue costando trabajo decidir por mí misma. Me es difícil decirle "no" cuando me pide dinero, por ejemplo. En las ocasiones que intento no prestarle, y eso porque en realidad a veces no tengo, él indirectamente me dice que no lo quiero y que no puede creer que yo no quiera prestarle "esa pequeña cantidad". Siempre terminé prestándole a pesar de que yo misma pueda quedarme sin dinero. En ese momento pienso que lo material va y viene, y que sin embargo con él estoy aprendiendo muchas cosas.

T: En relación a esto último que mencionas ¿quieres decir que al ceder siempre que estás con él, indirectamente obtienes algún beneficio para tu persona?

L: Bueno, lo que pasa es que el estar con mi novio me obliga a superarme y a documentarme más, pues siempre he sido floja para eso. Siento que no soy muy inteligente ni muy culta. Mi novio me habla de cosas que yo desconozco; y yo no puedo mantener una conversación, fuera de las cosas triviales, ni con él ni con otras personas, pues me pongo nerviosa y empiezo a tartamudear. Considero que no estoy

a la altura de lo que los demás hablan y mejor me quedo callada.

T: ¿Y de que forma te ayuda tu pareja?

L: Debo dejar de tartamudear, y para eso estoy leyendo de 15 a 30 minutos diarios. La mayor parte de las veces él me dice cuál es la lectura adecuada y en ocasiones me hace preguntas. El dice que si no tengo un conocimiento no puedo hablar de nada y menos dar una opinión.

T: El dice eso, ¿qué dices tú?<sup>25</sup>

L: Me parece que en parte tiene razón, es más fácil dar una opinión cuando se tiene conocimiento de algo; pero por otra parte pienso que si siempre me quedo callada por miedo a creer que no tengo tema de conversación, entonces nunca voy a saber si sé o no.

De todo, Lucía mencionó que el principal problema que tenía con su novio era cuando éste la acusaba de tener relaciones o coquetear con otros hombres:

L: Creo que el principal problema que tengo con mi novio es cuando él me dice que tengo relaciones (sexuales) con otros hombres. A veces cuando regreso de mi trabajo o de algún otro lado, o cuando lo voy a visitar a su casa, me dice que seguramente vengo de haber "sexado" con alguien, que lo puede ver en mi cara, en mis ojos u oler en mi cuerpo.

T: ¿Cómo es eso?

L: Sí, dice que mi cuerpo huele a sexo, que él identifica cuando una persona tiene relaciones sexuales, y cosas por el estilo. También si vamos juntos en el metro o estamos en algún lugar público y un hombre me mira, mi novio dice que estoy coqueteando con él. Muchas de las veces ni siquiera me doy cuenta de que me miran

---

<sup>25</sup> En este caso la pregunta pone énfasis en la opinión personal de Lucía, independientemente de la de los demás.

cuando él ya está inquiriendo otras cosas.

T: ¿De qué modo esta situación se torna un problema en tu vida Lucía?

L: Para mí es muy incómodo que me diga eso, o que lo piense siquiera. Como se enoja, yo trato de calmarlo, le digo que no es cierto, le explico con quién o qué estuve haciendo, pero no me cree y pareciera que le doy "más cuerda" para que me siga diciendo cosas.

T: ¿Alguna vez has dejado de responder a sus acusaciones?

L: Bueno a veces me digo "Lucía quédate callada, que piense lo que quiera", pero no puedo, termino siempre tratando de defenderme; y además, el no poderlo enfrentar me provoca mucha angustia e inseguridad, y esto hace que con él me sienta como una mujer sin carácter y sin la posibilidad de hacerlo entender que no es cierto. Todavía no sé cómo cambiar ésto.

T: Lucía ¿cómo se termina la discusión?. ¿quién da punto final a ese juego tan incómodo para tí?

L: El, de repente parece que ya no tiene nada que reclamar y dice, por ejemplo, "ya no me digas nada", o se pone a hacer cosas y me ignora. En fin, pareciera que se siente feliz cuando empieza con sus insultos.

T: Como tú dices, tu pareja se siente a gusto cuando te culpa de tener relaciones con otros hombres. Al parecer cuando tú te defiendes y le demuestras angustia, él refuerza aún más su actitud y te da la impresión de que él se queda mucho mejor.

L: Pienso que sí. Yo creía que negando lo que él decía y al informarle de todas mis actividades, él dejaría de decirme tantas cosas, pero me doy cuenta que no.

Le pregunté a Lucía cuál sería la reacción de su pareja si en una próxima ocasión, cuando éste iniciara nuevamente con una falsa acusación, ella le respondiera de la siguiente manera: "Me he percatado de que 'te sientes bien' cuando me dices que he

tenido relaciones con otros hombres: ¿y sabes?, yo quiero ayudarte y contribuir a que te sientas de esa manera. Así que puedes empezar a decirme que vengo de haber 'sexado' con alguien, que lo hueles en mi cuerpo, que lo ves en mi cara..." La intención era que en lugar de que Lucía contrarrestara sus acusaciones, ella misma insistiera para que dijera más cosas<sup>20</sup>.

A Lucía le pareció curiosa e interesante esta idea; sin embargo fue necesaria una sesión más para que ella le pudiera responder a su novio de esa forma. A la semana siguiente, Lucía reportó cómo esa manera de dirigirse a él había modificado su relación y la forma de percibirse ella misma:

L: El empezó como siempre a decirme cosas, yo respondí como quedamos. Se quedó muy sorprendido, lo único que pudo decir fue 'te estás defendiendo', se dio la vuelta y se retiró a la cocina. Durante la semana, cuando nos vimos, no volvió a tocar el tema.

T: ¿Qué diferencia provocó esa reacción en la imagen que tienes de tí misma? (se incitó a la elaboración de una imagen alternativa).

L: Por primera vez sentí llevar la batuta de una conversación con él: aún cuando mi novio quiso empezar con sus ofensas, yo ya no las tomaba como tales; y además, al ser yo misma quien le pedía que dijera más cosas, las palabras de él empezaban a perder significado.

*Lucía empezó a referir más cambios en el sentido de valorarse y ser más auténtica consigo misma. En las sesiones subsecuentes refirió más*

---

<sup>20</sup> La Narrativa crea un contexto en el cual tanto el terapeuta como el paciente hacen posible un espacio de reflexión. Si bien dentro del proceso hay formas de prescripción, éstas son vistas a través de la Narrativa como formas de escribir una nueva historia y de crear significados alternos.

*ejemplos de situaciones en donde ella asumía actitudes positivas y acordes a lo que esperaba de su carácter. La descripción de una mujer sumisa y de los problemas que esto le acarrea fue menos frecuente durante la terapia. Reportó que se sentía más segura, que empezaba a enfrentar situaciones a las que antes le temía y que ahora sí pensaba en ella y en sus necesidades.*

*Comentamos también cómo la opinión que tenía de sí misma empezaba a cambiar la relación con su familia y amistades más cercanas; y cómo esa actitud positiva le ayudaba a visualizar opciones para su vida futura. Lucía mencionó que ya no permitía que su familia ni otras personas la manipularan, que ahora simplemente ella hacía valer sus derechos y que podía poner en práctica muchos de los planes que alguna vez había pensado.*

#### Sesiones 10 a 12

Tres sesiones antes de terminar el trabajo terapéutico, Lucía mencionó por vez primera la posibilidad de iniciar una denuncia contra su hermano mayor, y el deseo de entrevistarse con el abogado del Centro para recibir la asesoría correspondiente<sup>27</sup>. Hablamos sobre los problemas que podía suscitar dicha situación y Lucía confirmó que lo deseaba hacer. Mencionó que si no se podía lograr nada por la vía legal, dado el tiempo que había pasado desde la primera agresión, ella misma se iba a encargar de difundirlo con las amistades de su hermano y algunos otros familiares.

---

<sup>27</sup> Lucía hizo mención en que la denuncia la dirigía únicamente hacia su hermano mayor, porque si bien el otro hermano también había participado en la primera agresión, ya jamás lo había vuelto a intentar; además el hermano mayor de alguna manera continuaba hostigándola no solo con insinuaciones, sino a través de comentarios encubiertos de que era una mujer débil.

Es interesante mencionar que Lucía dejó de hablar de su novio dos sesiones después de que se hizo la intervención directamente con éste. En la penúltima sesión refirió que había terminado su noviazgo y que ella estaba llevando sola el caso de su hermano. El espacio terapéutico conmigo fue, en esas últimas sesiones de apoyo y acompañamiento durante la denuncia.

Lucía enfrentó adecuadamente a sus familiares cuando se enteraron del citatorio para su hermano. Al principio fue alarma para todos, especialmente para su mamá quien le pidió que retirara la acusación. Sin embargo, a los pocos días ella misma se comunicó con Lucía para disculparse y para ofrecerle el apoyo que necesitara.

Lucía no dudó en ningún momento en continuar con la denuncia. Ella sabía que ésta no iba a proceder en el sentido de que su hermano pudiera tener una sentencia. Sin embargo, el citatorio que a él se le hizo llegar y el careo que se llevó en la delegación, vino a reforzar su nueva imagen. Lucía quería demostrarse a sí misma y demostrarle a su hermano que "no se había quedado con los brazos cruzados" y que tenía la fuerza para enfrentarlo a él y a cualquier otra persona.

El trabajo terapéutico finalizó refiriendo Lucía los logros obtenidos y mencionando que se habían cubierto satisfactoriamente los objetivos. En sus actividades inmediatas ya tenía planeado irse a trabajar a los E.U.; de hecho dos días antes había obtenido su pasaporte y horas antes de la sesión había empezado a tramitar los papeles para obtener su visa.

## Capítulo 6

### Conclusiones

Cada día se tiene más conocimiento de la cantidad de casos que existen sobre violación y abuso sexual, ésto da cuenta de la importancia que tiene también el saber qué hacer con las personas que han vivido esa experiencia, y que deciden acudir en busca de apoyo terapéutico.

En la mujer una experiencia de violación puede ser tan poderosa y vivida de una manera tan poco controlada, que llega a generar sentimientos y reacciones las cuales crean un contexto en el que la imagen que tiene de ella misma y del mundo que la rodea se ve afectada. La mujer que llega a terapia trae consigo no sólo el problema de haber sufrido una violación, sino también los efectos o repercusiones de ésta, y que pueden ser la causa de las dificultades que afronta en el momento en que solicita la atención. La experiencia de la violación en sí, el sentido y la significación que le dio la mujer a la violación y a sus efectos, así como la manera en que actuaron los miembros de la familia, el perpetrador mismo y algunos otras personas ante el hecho, pueden llevar probablemente a que ella elabore una versión de sí misma dominada por la violación y que esta experiencia llegue a convertirse en una lente a través del cual observe el resto de sus experiencias.

Trabajar los casos de violación sexual con un enfoque terapéutico que ayuda a la mujer atrapada en una historia dominante empobrecedora, a generar nuevas y diferentes historias que se contraponen a la versión con la que llega a terapia, es una excelente alternativa que le da a ella la pauta para generar los cambios que desea, que

le ayuda a llevar el control de dichos cambios y que contribuye fundamentalmente en la modificación de la imagen que tiene de sí misma.

La Narrativa Terapéutica es un enfoque que establece un contexto dentro del cual la mujer puede reconocer otras experiencias de su vida que habían estado "ocultas" o que no había evidenciado después de la violación, y que constituyen la base de los cambios que ella solicita. La Narrativa sugiere que en toda historia dominada por una imagen de impotencia, desesperanza o incompetencia, es posible identificar experiencias en donde estas situaciones pudieron ser un problema y sin embargo no lo fueron, o lo fueron en menor medida. Estas nuevas experiencias las denomina como logros aislados, y configuran la materia prima a partir de la cual la mujer puede empezar a reconocerse como una persona competente, capaz de contrarrestar las ideas restrictivas y con ello, las diferentes situaciones que se presentan y que consideraba fuera de su alcance.

Es fundamental que en el proceso de interrogar a las mujeres con el objeto de buscar y encontrar las excepciones a las configuraciones planteadas por ellas de manera inicial, el terapeuta establezca un ambiente de confianza y de cordialidad. Si bien es cierto que la violación, aún cuando se haya vivido en etapas tempranas de la vida, resulta ser una experiencia difícil y provoca que muchas veces, en edad adulta, dicha situación provoque que la mujer se sienta agobiada y perturbada, el terapeuta no debe dejarse llevar por esta misma sensación. Como dirían Durrant y Kowalski (1993): "Es importante que la complejidad y la magnitud de las experiencias que paralizaron a nuestros pacientes no nos paralicen también a nosotros". Es necesario que desde el primer contacto el terapeuta deje vislumbrar las posibilidades de solución y dirija su esfuerzo a colaborar con ella en producir un proceso que cambie la percepción que



tiene del problema y de sí misma.

Dirigir el proceso de la terapia hacia los efectos de la violación antes que a la violación misma, y mantener entrevistas en las que se enfaticen los éxitos y no se tienda a hablar sólo de las dificultades, permite que la mujer visualice aspectos más favorables de su vida, a la par que va advirtiendo posibilidades reales de cambio.

Cuando se han identificado las excepciones y se han formulado preguntas que tienen como objetivo el que la paciente refiera situaciones de haber actuado y pensado de manera diferente, y además se evidencie su participación en dichas situaciones, se logra que ella deje a un lado la narración saturada de problemas con la que llegó a terapia y comience a ver un presente y un futuro más esperanzado. La Narrativa Terapéutica es en gran medida, un proceso de paciente persistencia, de formulación de preguntas, de incitación a la especulación y de sembrar semillas.

#### Comentario Final (Esta vez personal)

La oportunidad de realizar el Servicio Social en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (A.V.I.SE.), me permitió conocer una problemática que en un inicio rebasó mis expectativas. El enfrentarme a situaciones de violencia y abuso me hizo consciente de esta problemática social, de su incidencia y de sus consecuencias; pero también de la necesidad que tiene el profesional que desea dedicarse a la psicología clínica de contar con herramientas que apoyen su trabajo en cualquier situación en la que se pretenda trabajar con personas.

Las actividades que realicé durante el servicio contribuyeron realmente a que yo consolidara mi formación como psicóloga, y a que pudiera verter mis conocimientos, habilidades y esfuerzos en esta loable tarea. Dentro de las principales actividades que

llevé a cabo estuvieron la elaboración de estadísticas para las investigaciones de Violación y Violencia Intrafamiliar, a partir de las cuáles logré conocer la casuística de la problemática y sus consecuencias.

Otra actividad para mí muy importante fue la elaboración e implementación de talleres para prevenir el Abuso Sexual en niños menores de 12 años. La oportunidad de trabajar con esta población me permitió identificar y revalorar los recursos con los que cuentan los niños y sus padres para prevenir una situación de este tipo y/o para afrontarla adecuadamente cuando se es víctima.

La participación en las Sesiones Clínicas y Bibliográficas contribuyeron al enriquecimiento de mis conocimientos sobre el tema, y a la posibilidad de retroalimentar mi propio trabajo a través de conocer el trabajo de mis colegas en el ámbito de la psicología, así como de otros profesionistas: abogados, trabajadores sociales, sociólogos y médicos.

Por último, brindar apoyo psicológico a las personas que asistieron al Centro en el transcurso del tiempo en que realicé mi servicio social, y el hecho de poder brindar ese apoyo empleando una orientación que enfatiza la creación de historias alternativas, me dio la oportunidad de consolidar los conocimientos teóricos que recibí en el aula escolar, pero que también se fueron enriqueciendo a través de un seguimiento del Enfoque Sistémico y el Modelo Narrativo. El Caso Clínico que se presentó en este Reporte de Servicio vino a sintetizar ese trabajo epistémico y de práctica clínica realizado en el Centro A.V.I.S.E.: un Centro que fue mi iniciación en el campo laboral y con el cual me siento profundamente agradecida.

## Referencias Bibliográficas

- Adams, J. e Isenbart, D. (1993). La utilización de los ritos -dedicados a capacitar a los miembros de las familias que sufrieron abuso sexual infantil-. En M. Durrant y C. White (Eds.). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). "Human systems as linguistic systems: preliminary and envolving ideas about the implications for clinical theory". *Family Process*. 27(4), 371-393.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1976). Foreword. En C. Sluzki y D. Ransom (Eds.). *Double bind: the foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grune and Stratton.
- Bateson, G. (1976a). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Bateson, G. (1976b). Una teoría del juego y la fantasía. En G. Bateson. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Bateson, G., Haley, J., Jackson, D. y Weakland, J. (1976). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En G. Bateson. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Berger, M. (Ed.) (1993). *Más allá del doble vínculo*. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books. (Trad. cast.: *La terapia familiar sistémica de Milan*. Buenos Aires: Amorrortu).
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA.: Harvard University Press. (Trad. cast.: *Realidad mental y mundos posibles*).

Barcelona: Gedisa. 1988).

- Cecchin, G. (1994). Construccionismo social e irreverencia terapéutica. En D. Fried (Ed.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. México: Paidós.
- Código Penal para el Distrito Federal (1992). México: Themis.
- UNISEF (1991). Informe final del estudio sobre abuso sexual a los niños en Quito y Guayaquil. *Defensa de los niños internacional-sección Ecuador*. Quito, Ecuador.
- Durrant, M. y Kowalski, K. (1993). Superar los efectos del abuso sexual. Desarrollar la percepción de la propia capacidad. En M. Durrant y C. White (Eds.). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Durrant, M. y White, C. (Eds.) (1993). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Erickson, M., Haley, J., Weakland, J. (1980). A transcript of a trance induction with commentary. En M. H. Erickson y E. Rossi (Eds.). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Volume 1, The nature of hypnosis and suggestion*. New York: Irvington.
- Esler, I. y Waldegrave, J. (1993). Abuso sexual. Dos mujeres exponen dos maneras diferentes de encarar el mismo problema y en la misma perspectiva. En M. Durrant y C. White (Eds.). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Family Services of Greater Vancouver (1990). *Sobre el incesto*. USA: Channig L. Bete Co.
- Fried, D. (Ed.) (1994). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. México: Paidós.
- Foucault, M. (1986). *Diálogo sobre el Poder*. Madrid: Alianza Editorial.
- Geertz, C. (1991). Generos confusos: la reconfiguración del pensamiento social. En C. Reynoso (Ed.). *El surgimiento de la Antropología posmoderna*. México: Gedisa.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40(3), 266-275.

- Goolishian y Anderson (1994). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En D. Fried (Ed.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. México: Paidós.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En Berger, M. (Ed.). *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Heims, S. (1975). "Encounter of behavioral sciences with new machine-organism analogies in the 1940's". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 11, 368-373.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y Familia*. 2(2), 41-53.
- Jackson, D. (Ed.) (1968). *Therapy, communication and change*. Palo Alto: Science & Behavior books.
- Jackson, D. (1977). El problema de la homeostasis familiar. En D. Jackson (Ed.) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Jenkins, R. (1988). Entrevista con Giafranco Cecchin. *Psicoterapia y Familia*. 1(2), 49-53.
- Kamsler, A. (1993). La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia. En M. Durrant y C. White (Eds.). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1991). *Estética de Cambio*. Barcelona: Paidós.
- Koss, M. y Oros, C. (1992). Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50(3), 455-457.
- Lipset, D. (1991). *Gregory Bateson: El legado de un hombre de ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile:

Editorial Universitaria. (Trad. inglés: *The tree of knowledge*. Boston: New Science. Library. 1987).

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1994). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W. H. y Wiener-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.

Pakman, M. (Ed.) (1991). *Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Parker, S. y Parker, H. (1991). Female victims of child sexual abuse: Adult adjustment. *Journal of Family Violence*, 6(2), 183-197.

Ruesch, J. y Bateson, G. (1984). *Comunicación*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). "Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session". *Family Process*, 19(1), 3-12.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1989). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.

Silverstein, O. (1987). "The art of systems therapy". Conferencia organizada por el Ackerman Institute for family therapy. Nueva York.

Sluzki, C. (1994). Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general. En D. Fried (Ed.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. México: Paidós.

Tarragona, M. (1990). Nuevos desarrollos en la Terapia Sistémica: Hacia un paradigma Narrativo de la psicoterapia. *Psicoterapia y familia*, 3(1), 38-44.

Tomm, K. (1984). "One perspective on the Milán sistémica approach: part. 1". *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-115.

Tomm, K. (1987). "Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline

- for the therapist". *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K. (1988). "Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions". *Family Process*, 27, 1-16.
- Tomm, K. (1989). "Externalizing the problem and internalizing personal agency". *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 8(2), 5-9.
- Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Weakland, H. (Eds.) (1977). *The interactional view*. Norton, New York.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1987). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1994). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1986). Negative explanation restraint and double description: a template for family therapy. *Family Process*, 25(2), 169-184.
- White, M. (1989). "The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships". *Dulwich Centre Newsletter*. Verano.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Winkin (Ed.). (1987). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairos.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas*. Barcelona: Herder.
- Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson and introduction to the man and his work*. New York: Brenner/Mazel.