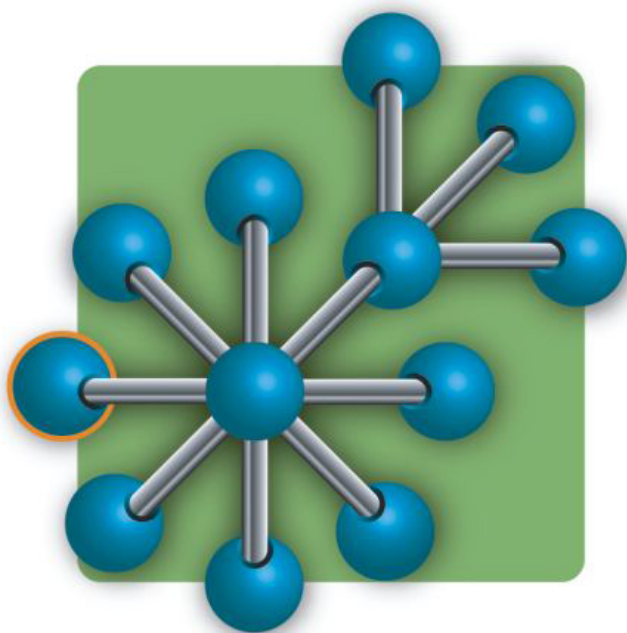


# LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL TERAPEUTA FAMILIAR SISTÉMICO

*Un modelo de formación y supervisión  
en contextos clínicos*



ESPERANZA VARGAS JIMÉNEZ  
REMBERTO CASTRO CASTAÑEDA

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

La evaluación de competencias del  
terapeuta familiar sistémico:  
«Un modelo de formación y supervisión  
en contextos clínicos»



La evaluación de competencias del  
terapeuta familiar sistémico:  
«Un modelo de formación y supervisión  
en contextos clínicos»

*Esperanza Vargas Jiménez*  
*Remberto Castro Castañeda*

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA  
Centro Universitario de la Costa  
2005

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

José Trinidad Padilla López  
*Rector general*

Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla  
*Vicerrector ejecutivo*

Carlos Jorge Briseño Torres  
*Secretario general*

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA

Javier Orozco Alvarado  
*Rector*

Melchor Orozco Bravo  
*Secretario académico*

Antonio Ponce Rojo  
*Secretario administrativo*

Primera edición, 2005

D.R. © 2005, Universidad de Guadalajara  
Centro Universitario de la Costa  
Av. Universidad 203, Delegación Ixtapa  
48280 Puerto Vallarta, Jalisco, México

ISBN: 968-7846-78-X

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

*A Emmanuel y Josué  
que día a día abonan relatos  
inolvidables a nuestra historia.*

## *Agradecimientos*

La conclusión de esta obra parte de una experiencia en colaboración con muchas personas, que de manera directa o indirecta contribuyeron con su afecto, sabiduría, entusiasmo, buena voluntad y con sus expectativas entre otras cualidades, para lograr este proyecto.

Por ello agradecemos al Dr. Raúl Medina Centeno, por haber inspirado en nosotros la pasión por la terapia familiar y a quien debemos nuestra formación, con la calidad, entusiasmo que caracteriza su persona.

A nuestras familias de origen nuestro reconocimiento y cariño de manera muy especial, por brindarnos lo mejor de sus historias, por dejar construir nuestra historia con ustedes.

Gracias a nuestra red social de apoyo, colegas y amigas: Claudia, Rocío y Raquel, por su apoyo intelectual y emocional que siempre nos acompaña.

Agradecemos a nuestros estudiantes, quienes son una fuente inagotable de inspiración para nuestro trabajo clínico.

Agradecemos a los mejores maestros: nuestros pacientes.

Finalmente nuestro reconocimiento al Dr. Javier Orozco Alvarado, Rector de este Centro Universitario por el apoyo al trabajo de investigación, abriendo caminos para nuevos campos del conocimiento.

# Índice

Introducción	9
I. Epistemología de la Terapia Familiar	13
Teoría general de sistemas	14
Teoría de la comunicación	16
La cibernética	18
Giros discursivos	20
II. Elementos del contexto terapéutico	25
La psicoterapia	25
El psicoterapeuta	28
El cliente	29
La relación terapéutica	31
III. La formación del terapeuta sistémico	35
Métodos de entrenamiento	36
IV. Principales enfoques en Terapia Familiar	39
Enfoques breves estratégicos	39



Enfoque estructural	44
Escuela de Barcelona	49
Teoría sistémica de Milán	58
Enfoque centrado en las soluciones	68
Enfoque narrativo	71
V. Antecedentes de la investigación en Terapia Familiar	79
Modelos ajenos a la Terapia Familiar	79
La Terapia Familiar Sistémica	80
Más allá de la Terapia Familiar	81
VI. La investigación ligada a la intervención: propuesta de un modelo de supervisión y formación clínica para terapeutas familiares	85
Planteamiento del problema	85
Metodología	89
VII. Resultados	97
Análisis de resultados	106
VIII. Discusión y conclusiones	111
Limitaciones de la investigación	114
Anexo 1	
Desempeños del terapeuta	117
Anexo 2	
Eventos de cambio	145
Anexo 3	
Hoja de registro por proceso terapéutico	151
Bibliografía	153

# Introducción

Abordar el escenario clínico es descubrir bajo su telón una serie de elementos que lo enriquecen y le dan sentido a la escena. La figura del terapeuta, el cliente y el supervisor son los personajes que acompañan la obra. La intervención clínica avalada por una teoría determinada se convierte en el guión del terapeuta, y las condiciones históricas, sociales y culturales de los personajes establecen los escenarios que acompañan sus historias. Si se obviara alguno de estos elementos el escenario clínico estaría incompleto y se perdería el sentido de la obra.

La magia del enfoque sistémico es que nos anima y nos enseña a mirar el contexto terapéutico en su complejidad, habilidad que suscita un reto y un desafío para el terapeuta sistémico. Cuando se ha logrado tal pretensión, ya nada será igual. La visión se vuelve macroscópica y el terapeuta ha entendido que la psicoterapia es más que la suma de los procedimientos clínicos, los contextos, los clientes y terapeutas.

Los interrogantes que surgen en la práctica clínica cotidiana son muchos, y la mayoría de ellos contiene elementos de juicio en torno a nuestra intervención terapéutica: ¿fue adecuada mi intervención?, ¿logré la empatía?, ¿la terapia va por buen camino?, ¿regresará mi cliente la próxima sesión?, ¿la técnica que utilicé fue la correcta?, ¿es apropiada la teoría que dispongo para analizar el

caso?, etc. Estas son solo algunas de las preguntas que nos sitúan ante la exigencia de estudiar y realizar investigación en terapia familiar. En la actualidad, el entrenamiento de terapeutas generalmente está más orientado hacia la adquisición de técnicas y procedimientos clínicos, restándole importancia a la enseñanza de la investigación. La formación teórica es básica e imprescindible para aprender psicoterapia. Al respecto, importantes autores sistémicos han señalado que no hay nada mejor en la práctica que una buena teoría. Sin embargo, si el entrenamiento solo se concentra en este aspecto de la psicoterapia, al futuro terapeuta se le dificultará apreciar la relevancia de la investigación en su práctica clínica, y tendremos el riesgo de ser solo consumidores de teorías, leyendo y leyendo historias de terapeutas que han sido eficientes en su práctica y nos transmiten las fórmulas mágicas de los «como» de cambiar a la gente.

Los terapeutas experimentados o en formación, no somos conscientes de que en cada una de las etapas de la entrevista y en el intento de ayudar al cliente, tomamos decisiones acerca de lo que hacemos, cómo lo hacemos y si debemos hacerlo. Todo ello implica una metodología de la psicoterapia (Sluzki, 1999), ya que pocos terapeutas decimos lo que hacemos y menos aún hacemos lo que decimos (Efran, Lukens y Lukens, 1994).

Como terapeutas sistémicos sabemos que el resultado de un proceso clínico es multideterminado; fuera del desánimo que cause esta premisa al restar importancia a la figura del terapeuta como promotor de cambio, nos obliga a conocernos y por qué no, convertirnos en sujetos de estudio. Cuando en el entrenamiento de terapeutas le sugiero a éstos que indiquen ¿cuál teoría avala sus intervenciones?, ¿el porqué y para qué de determinada intervención?, ¿cómo está impactando su historia relacional en su práctica?, entre otros cuestionamiento, generalmente hay confusión y una escasa vinculación entre lo que hacen y piensan que hacen. Estas limitaciones y carencias se deben superar a través del entrenamiento, el cual debe albergar consideraciones éticas en la ense-

ñanza, ya que supervisar nuestra práctica no solo es una cuestión de principios, es una responsabilidad que es ética y científica (Fruggeri, 1992).

Las interrogantes y las premisas que se han señalado anteriormente, condujeron al desarrollo de este libro. Se trata en definitiva de una aproximación, una invitación a recorrer el escenario clínico, viajando por los pasillos de la teoría y visualizando las competencias del terapeuta que acompañan los éxitos y los fracasos vividos en ella.

El contenido que se aborda capítulo a capítulo recopila lo más relevante del pensamiento sistémico, en el ámbito teórico, clínico y de investigación. En el capítulo 1, se inicia con la revisión de la parte teórica, donde se aborda la epistemología sistémica, referente indispensable de aquel que se diga o se quiera llamar terapeuta familiar. Se toma una fotografía de las distintas disciplinas que han contribuido al nacimiento de ésta epistemología: La teoría general de sistemas, a cibernética, la teoría de la comunicación, para pasar a describir la evolución del pensamiento sistémico hacia giros discursivos. En el capítulo 2, se describe al contexto terapéutico y sus elementos, puntualizando las características de cada uno de ellos, iniciando con el terapeuta, para seguir con el cliente y la relación entre ambos; todo dentro del marco sistémico. La formación del terapeuta familiar sistémico se describe en el capítulo 3; señalándose esta práctica como un elemento que diferencia al movimiento sistémico de otras escuelas en psicoterapia, por la innovación de las tecnologías empleadas y la supervisión en vivo, lo que permite aprender haciendo terapia.

El apartado que corresponde a las principales escuelas en terapia familiar, se aborda en el capítulo 4; en su interior se describe el enfoque estructural; los enfoques breves estratégicos; la escuela de Barcelona; la teoría sistémica de Milán; el enfoque centrado en las soluciones; para concluir con el Modelo narrativo. Se exponen y describen las premisas que distinguen a cada uno de los modelos y enfoques y que les otorgan un soporte teórico, englobando las

principales estrategias y técnicas de intervención que le dan sentido a la práctica del terapeuta.

La investigación y la práctica de la psicoterapia se introduce en el capítulo 5, con una revisión de los antecedentes de la investigación en psicoterapia en general, la terapia familiar y los enfoques más novedosos que acompañan este movimiento. Posteriormente en el capítulo 6, se presenta un modelo de formación y supervisión para terapeutas familiares: «Una investigación ligada a la intervención». En este apartado que contempla la justificación del estudio, se teoriza sobre el problema que antecede y del cual surge la investigación. Se indaga como elemento principal de análisis, lo mucho que se ha escrito sobre Terapia Familiar Sistémica y sin embargo, existen pocas investigaciones cualitativas y cuantitativas, así como pocos modelos de formación y adiestramiento en la práctica clínica; lo que nos lleva a los clínicos sistémicos a replantear aspectos metodológicos para realizarlos. El capítulo 7, alberga el diseño de un modelo de formación y supervisión clínica para terapeutas familiares. Este apartado es medular en la estructura del libro, ya que representa la innovación y una propuesta que parte de las características de nuestra región, una investigación con nuestras familias y con nuestros estudiantes, tratando de aportar e innovar en el campo clínico, con una metodología específica para la evaluación de competencias del terapeuta, y sus efectos en el resultado terapéutico.

Finalmente en el capítulo 8, se concluye con la exposición de resultados y se dialoga acerca de los hallazgos. Las conclusiones finales se narran en el capítulo 9 y se sintetiza el recorrido de la investigación, auxiliándose de gráficas que corroboran que sí es posible y hasta inevitable conjugar las metodologías cuanti-cualitativas en la investigación sobre psicoterapia. Los resultados de la investigación, arrojan una respuesta cautelosa hacia la pregunta ¿qué es lo efectivo de la psicoterapia?

# I. Epistemología de la Terapia Familiar

La postura epistemológica que dirigió la investigación, la práctica y la enseñanza de la terapia familiar, marcó una diferencia conceptual y pragmática sobre los modelos analíticos que se erigían como sostén de las investigaciones de la ciencia clásica, arropados bajo las premisas de certeza, objetividad, orden y verdad (Avilés, 1999). Este proceso de reorganización paradigmática marcó una fuerte tendencia a poner énfasis en los componentes de un todo, en contraposición con los individuales.

Al cuestionar la ciencia positivista realista, la epistemología emergente irrumpe para crear una nueva concepción del ser humano, intentando responder a los interrogantes que el paradigma vigente indicaba como una anomalía en la forma de conocimiento. Esta nueva forma de acceder al conocimiento orientó hacia la consolidación de la *Terapia Familiar Sistémica*.

La cualidad de esta nueva epistemología, es la Hermenéutica, definida como la ciencia de la interpretación y la comprensión. Esta concepción destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan (Anderson y Goolishian, 1992). También es constructivista en cuanto que acepta que las ideas, recuerdos o representaciones del mundo se construyen. La cuestión de plantear cómo conocemos lo que sabemos, es modificada radicalmente; esta premisa produjo un efecto revolucionario

en la práctica terapéutica, rompiendo con ello la dicotomía entre conocedor y objeto/sujeto, para entender la práctica terapéutica como un proceso colaborativo entre terapeuta y familia.

Una de las contribuciones más ricas, realizadas por Von Bertalanffy a principios de los años sesenta (que sostiene y fortalece la hoy denominada epistemología sistémica), es el estudio de totalidades. La mirada microscópica se cambia por el macroscopio, ampliando de esta manera el campo de observación. Acceder al conocimiento ya no era cuestión de descuartizar al todo e intentar entender su complejidad analizando la función y estructura de cada una de sus partes. La complejidad implicaba entender los procesos interactivos que daban sentido y sostenían a los sistemas estudiados.

Entender el principio interactivo ofrece elementos clave en la comprensión de los sistemas. Bertalanffy (1988), señala al respecto, que los fenómenos no se pueden aislar porque están interrelacionados, sugiriendo de esta manera que el cambio en cualquiera de las partes afectará al todo. En virtud de tal interconexión, en la práctica clínica se debe priorizar el trabajo con familias y no con individuos.

Fue el antropólogo Gregory Bateson, quien tuvo la visión de integrar y amalgamar las posturas, que surgidas casi simultáneamente, influyeron en el surgimiento y consolidación de la Terapia Familiar Sistémica, entre las que destacan: (1) La teoría general de sistemas, (2) La teoría de la comunicación y (3) La cibernética.

## Teoría general de sistemas

El biólogo Ludwin Von Bertalanffy en 1960, integró y propuso La teoría general de sistemas. Posteriormente este modelo fue adoptado por la Terapia Familiar Sistémica. La familia como un sistema social se interpretó de acuerdo a los principios comunes que regían cualquier sistema. Como conceptos centrales que dan for-

ma a esta teoría, destacan: sinergia y recursividad. La sinergia revierte el principio matemático de que el todo es igual a la suma de sus partes, y lo cambia por su opuesto: el todo es más que la suma de sus partes. La recursividad se entiende por el hecho de que un sistema está compuesto de partes con características tales que son a su vez objetos sinérgicos; llegando, de esta manera, a la definición de sistema y subsistema. Cada uno de estos sistemas, no importando su tamaño, tienen propiedades que los convierten en totalidad, es decir, en elementos independientes.

Von Bertalanffy distinguió dos tipos de sistemas: cerrados y abiertos. Los primeros corresponden a los sistemas físico químicos, no intercambian energía ni información con su entorno y tienden a un estado de máxima probabilidad. Los sistemas abiertos intercambian energía e información con su medio. El intercambio es de tal naturaleza que logra mantener alguna forma de equilibrio continuo o estado permanente y las relaciones con el entorno admiten cambios y adaptaciones, tales como el crecimiento en caso de los organismos biológicos.

Los principios de no sumatividad, totalidad, equifinalidad y entropía son adoptados por teóricos sistémicos para explicar el sistema familiar en esos términos. Ejemplos de la utilización de estos principios adaptados a la familia son los siguientes:

La familia (primer objeto de estudio de los terapeutas familiares) es entendida como un sistema abierto, porque se constituye por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambian información con el exterior (Andolfi, 1985). También este autor define a todo grupo social como un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.

Desde una visión sistémica, una familia no puede ser entendida como la suma de sus miembros individuales, hay características del sistema, patrones interaccionales que trascienden las cualidades de los miembros individuales (principio de no sumatividad).



Dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la del otro y depende de ella. Toda conducta es comunicación y, por ende, influye sobre los demás y sufre la influencia de éstos (principio de totalidad).

El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros en su medio) al sistema familiar y los modifica. Debe examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada (equifinalidad). Este principio corresponde a la retroalimentación y a la homeostasis.

Advertidos ya los conceptos claves del paradigma de sistemas, por último se retoma la definición de Johansen (1985), quien define al sistema como un *conjunto de partes coordinadas en interacción para alcanzar un objetivo*. Esta definición abarca los conceptos claves del pensamiento de sistemas, relacionados con la integridad, la organización y la regulación.

## Teoría de la comunicación

La teoría de la comunicación surge en la década de los cincuenta, y se impone como un novedoso modelo para el trabajo clínico. Desde allí se teoriza con una óptica que privilegia la comunicación en detrimento del modelo energético propio del psicoanálisis. La Sociología, la Psiquiatría y la Antropología otorgaron una riqueza epistemológica a esta nueva forma de acceder a la realidad clínica; se dispuso de un arsenal de estrategias y se diseñaron maniobras terapéuticas, que hicieron tambalear los supuestos de la comunidad científica, que cobijaba a los terapeutas y la práctica de la psicoterapia tradicional.

Los grandes iniciadores de este nuevo enfoque fueron Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley, William Fry y Don Jackson, bautizados y conocidos por la comunidad terapéutica como el grupo de Palo Alto. La atención centrada en la comunicación los llevó a realizar hipótesis sobre el origen de la patología como un fenómeno

no comunicacional. Éstos teóricos sostenían que la confusión de los niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje eran los responsables de la aparición de trastornos tan severos como la esquizofrenia.

La doble atadura o el doble vínculo, representó una de las aportaciones más importantes del grupo de Palo Alto, a la epistemología sistémica. Este mecanismo describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. De acuerdo a Bateson y col. (1956), cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre niveles de tipos lógicos. Es el comienzo de la terapia familiar.

Consolidando su teoría, Paul Watzlawick, Beavin Babelas y Don Jackson, publican en 1967 la obra «*Pragmatics of Human Communication*». Desde allí abordan la importancia que tiene la interacción en las relaciones para que se establezca la comunicación. La madurez del grupo se refleja en la consolidación de esta obra, que viaja hasta Europa y sirve de inspiración y modelo para renovar prácticas terapéuticas con esta nueva epistemología.

El punto esencial de la obra se refiere a los axiomas de la comunicación, con los cuales se propone demostrar la influencia de la comunicación sobre la conducta humana, en especial la comprensión de la patología. La imposibilidad de no comunicar, el nivel de contenido y relación, la puntuación de la secuencia de hechos, la comunicación digital y analógica y el análisis de la interacción simétrica y complementaria, son bautizadas como axiomas de la comunicación, constituyéndose en pilares de la teoría. La teorización de los axiomas sobre casos clínicos complejos, abre caminos a un sin fin de investigaciones y prácticas terapéuticas con énfasis en la pragmática.

El concepto de paradoja destaca también como una de las contribuciones más brillantes que éstos teóricos ofrecieron a la Terapia Familiar Sistémica. Watzlawick y col. (1997), definen la para-

doja como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas incongruentes. La aplicación de esta fórmula a psicoterapia, se define, en palabras de D. Jackson como «*doble atadura terapéutica*», porque si al paciente que acude a un contexto terapéutico con el deseo de cambiar y espera que le ayuden, le dan la instrucción de que no cambie, se encuentra en una trampa. Si éste se resiste a la orden, cambia; si no sucede el cambio, es porque ha elegido no cambiar. Y como un síntoma es algo en definición que no se puede evitar, entonces el paciente ya no se está comportando sintomáticamente.

## La cibernética

El concepto de cibernética corresponde a los desarrollos teóricos del campo de la Ingeniería y de las Ciencias Informáticas. Desde esta epistemología el sistema se convierte en algo a observar, donde el observador puede tener una posición de distancia y de control. Los conceptos sobresalientes que dan cuerpo a esta epistemología tienen sus orígenes en el ensayo de Wiener publicado en 1943 —*Behavior, purpose and teleology*— (en Wainstein, 1999). Wiener ejerció un impacto significativo en la definición de una teoría. Refirió que la conducta era explicada y mantenida en términos de feedback (proceso de retroalimentación circular). La adaptación al medio y el cambio son interpretados como mecanismos correctores de las desviaciones del sistema. Homeostasis, estabilidad, control de reglas, corrección y morfogénesis son algunos de los conceptos que acuña la teoría cibernética y que han sido trasladados al campo de la terapia familiar.

Esta postura ha favorecido la concepción tradicional en psicoterapia del científico-terapeuta, donde éste se sitúa en la posición de experto, observador del proceso, valora la objetividad, el descubrimiento, y se alienta hacia el control y equilibrio como estándar de salud.

Los terapeutas familiares cobijados bajo esta epistemología, se preocuparon por mantener la homeostasis del sistema familiar, por lo que sus intervenciones se referían a fortalecer reglas, mandatos y mitos familiares que contrarresten la desviación de energía como efecto neguentrópico.<sup>1</sup>

El concepto de caja negra se utilizó para comprender las ideas cibernéticas, de esta manera la familia es comparada metafóricamente con ésta: los síntomas y las intervenciones son los mensajes de entrada y salida del sistema, y el terapeuta es el ingeniero que debe equilibrarlo (Kenney, 1987).

Las investigaciones realizadas desde esta epistemología no involucraban al observador en el campo de observación. El ingreso del observador como un elemento más en el sistema, representa la idea de las ideas originales de la cibernética, constituyéndose lo que se llamó cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden.

Mientras que la primera cibernética brindó los conceptos de regulación, equilibrio, estabilidad; la segunda cibernética introduce conceptos con mayor complejidad como los de autoreferencia y autonomía. La cibernética de segundo orden abre el camino al constructivismo.

Hasta aquí se ha expuesto brevemente la travesía de la Terapia Familiar Sistémica, camino que tuvo que recorrer para llegar a convertirse en una ciencia madura, con un vasto cuerpo teórico, una metodología precisa y un arsenal de técnicas capaces de promover las más extraordinarias maniobras terapéuticas.

En el siguiente momento se revelará el movimiento gestado en esta disciplina, que gira su mirada epistemológica hacia lo que se denomina hoy giros discursivos integrado en el «*pensamiento posmoderno o postestructural en terapia familiar*».

---

<sup>1</sup>Atributo o cualidad del sistema que conduce a la organización y el equilibrio.

## Giros discursivos

Los giros discursivos en terapia familiar representan más que un conjunto de creencias que los terapeutas puedan ya sea aceptar o rechazar; es un enfoque a la construcción de la verdad que evita muchas formas de discusión, como apelaciones a la lógica o evidencia, característica de escritos anteriores en terapia familiar (Legg y Stagaki, 2002). La filosofía de esta tendencia proclama la muerte de la modernidad y la aparición de nuevas perspectivas como el constructivismo y el construccionismo social.

La epistemología constructivista, es también conocida en el campo de la terapia familiar como cibernética de los sistemas observantes (Foerster, 1974). Esta nueva perspectiva surgió de las contribuciones y primeros intercambios entre las ideas del antropólogo Gregory Bateson, los cibernéticos Heinz Von Foerster y Ernest Von Glasersfeld, el lingüista Paul Watzlawick y los neurobiólogos Humberto Maturana y Francisco Varela. Este pensamiento ha reformulado aspectos técnicos, metodológicos y de estilo de la terapia familiar, en otras palabras, el corazón mismo de la epistemología.

El constructivismo sostiene que lo que llamamos realidad es nuestra particular interpretación del mundo, una forma personal de entenderlo. La realidad se concibe como algo que se construye no como algo que se descubre (Watzlawick, 1989).

Los lentes de esta perspectiva incluyen al observador como agente constructor de la realidad que se está observando; por lo tanto, un observador pautará, por una parte, con su sola presencia al objeto de estudio, y por otra, desde su mapa recortará y atribuirá de significados su percepción (Ceberio, 1998). La subjetividad recupera un valor en el campo del conocimiento, se revaloriza ante la objetividad que era asociada con seriedad y coherencia investigativa.

La forma de ver y actuar de los terapeutas cambio con este paradigma. En primer lugar, el terapeuta se ve dentro del sistema

que comparte el problema, y no fuera de este. Esta distinción epistemológica le permite desarrollar estrategias de cambio de forma distinta a la tradicional. Wainstein (1999), comenta al respecto:

«Podemos concluir que el constructivismo hizo sentir a los terapeutas familiares sistémicos que lo que ellos estaban buscando en las familias no era algo existente ahí afuera, sino que algo que se relacionaba íntimamente con sus supuestos personales o con sus premisas sobre la gente, la familia, los problemas y hasta los resultados de las interacciones con esta o aquella familia». (p. 55).

La visión constructivista también dio lugar a la aparición de trabajos teóricos, observaciones clínicas y algunos esbozos de investigación sobre los comportamientos del terapeuta: ¿cómo hipotetiza el terapeuta?, ¿cuáles son los parámetros del comportamiento neutral?, el efecto de las preguntas circulares, el uso del espejo bidireccional, tecnologías que van desde el coro griego hasta el equipo reflexivo, todas ellas observaciones, formulaciones y actividades de ese nuevo personaje el terapeuta (Sluzki, 1999).

En suma se comenzó a reflexionar sobre la realidad de nuestras descripciones como terapeutas y a examinar muy cuidadosamente el ajuste entre éstas y las realidades de nuestros clientes. La cuestión de significado se convirtió en un objetivo importante en terapia y los objetivos de la terapia se convirtieron en algo más gradualmente co-construido, apoyándose más en la capacidad de hacer converger los recursos terapéuticos con los del cliente.

Martin Wainstein (1999), ejemplifica claramente la orientación constructivista intentando trasladarlo a un nivel más operacional: (1) la realidad clínica es construida por cliente y terapeuta; (2) el instrumento es el lenguaje y (3) la terapia construye significados con y en una conversación.

Dentro del espíritu postmoderno que caracteriza el constructivismo, arranca también el construccionismo social. Lyn Hoffman (1992), comenta que la teoría de la construcción social presenta

un abordaje más útil que el constructivismo. A pesar de que muchos con frecuencia han confundido ambas teorías, éstas tienen posiciones que difieren. Su principal punto de coincidencia es que confrontan la idea modernista que propone la existencia de un mundo real, que puede conocerse con certeza objetiva.

Sin embargo, las creencias representadas por el constructivismo tienden a promover una imagen del sistema nervioso como máquina cerrada. De acuerdo con este punto de vista, los preceptos y los constructos toman forma en el encuentro del organismo (Maldonado, 1996).

Los teóricos del construccionismo social, consideran que las ideas, conceptos y memorias, surgen del intercambio social y están mediatizados por el lenguaje (Gergen, 1992; Hoffman, 1992; White y Epston, 1994; Anderson y Goolishian, 1992 y Sluzki, 1998). La problemática psicológica vista bajo este movimiento permite partir de una visión distinta de la Terapia Familiar Sistémica. Es decir, que las cualidades psicológicas que distinguen a los individuos, y por ende, los problemas psicológicos o síntomas, han pasado de ser procesos interactivos automáticos a ser prácticas sociales discursivas (Medina, 2000).

La familia ya no es objeto de tratamiento, tampoco se le considera con independencia del observador o como fuente de problemas, sino que es una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados (Lax, 1992). Desde esta perspectiva son las historias las que adquieren protagonismo como objeto de tratamiento y son las posibilidades económicas, políticas y sociales las que fijan los límites de nuestras narraciones.

Por lo tanto las premisas y prácticas que encarnan los construccionistas sociales atacan al relato y no a las personas, se centran en los procesos y no en los objetivos, conciben la realidad como construida en el discurso y no en la cabeza de las personas (premisa constructivista), y privilegian el camino cognitivo en relación al pragmatismo operativo característico del constructivismo.

El construccionismo social ha permitido el despliegue de la visión narrativa, que parte de la metáfora textual. Desde su marco se propone que las maneras en que las personas describen sus vidas, los limitan para desarrollar nuevas ideas o formas de encararlas. Desde esta perspectiva, Maldonado (1996), define la psicoterapia como el proceso de ayudar a modificar el discurso habitual, problemático y explorar otro más fluido, que permitirá un rango más variado de interacciones posibles. Juan Luis Linares (1996), señala acerca de la narrativa:

«El concepto de narrativa, aplicado a la psicoterapia, ha conocido una difusión espectacular en los últimos años, principalmente de la mano de autores como Carlos Sluzki (1992), o Michael White y David Epston (1990). El paradigma narrativo que estos autores proponen se apoya en las ideas de Foucault (1966) sobre la relación entre el relato y el poder y las de Derrida (1987) a propósito de los mecanismos de desconstrucción, y constituye un importante desarrollo de la corriente construccionista. De acuerdo con ellos los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecerían cuando, externalizadas éstas, su lugar fuera ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema». (p. 27).

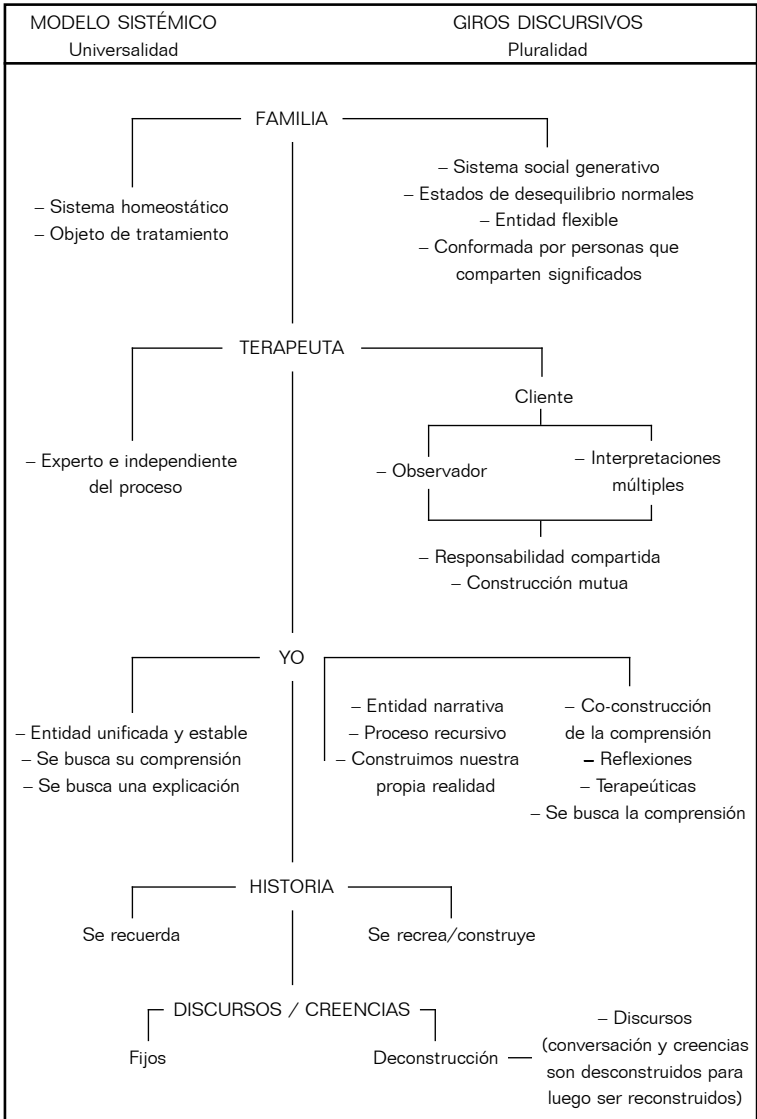
Por último, es importante puntualizar que la integración de las diferentes epistemologías que se han expuesto son importantes para el trabajo que realiza el terapeuta familiar. Las metodologías de intervención que corresponden a la cibernética de segundo orden no reemplazan la validez de las de primer orden, más bien están complementariamente relacionadas y reformuladas bajo los lentes del constructivismo y construccionismo social, campos privilegiados de la Terapia Familiar Sistémica.

En el siguiente esquema se sintetizan las diferencias entre el pensamiento sistémico y los giros discursivos.



## Esquema 1

Diferencias entre el modelo sistémico y los giros discursivos



## II. Elementos del contexto terapéutico

Antes de describir los elementos que integran el contexto terapéutico retomaremos a la psicoterapia en sus orígenes, disciplina que ha tenido que pasar por un proceso de maduración, convirtiéndola hasta hoy en un objeto de estudio interesante, útil, con un basto cuerpo teórico y técnico, que apoya su lugar como disciplina indispensable en el bienestar individual y social.

### La psicoterapia

La diversidad de enfoques psicoterapéuticos que ofrecen una definición particular sobre la misma, ha propiciado la confusión en torno a su concepto. Al respecto Herink (1980), documentaba más de 250 terapias psicológicas; Feixas y Miró (1992), señalan alrededor de 400 formas distintas de realizar psicoterapia. En la lucha por el primer lugar en el «rin» de la ayuda, se deforma y falsea (en muchos de los casos) los alcances de la misma. Aparecen entonces las estrategias de mercadotecnia y el comprador del servicio psicoterapéutico espera un acto de magia que lleve consigo la restitución inmediata de su estado de bienestar.

La característica del contexto terapéutico contiene elementos comunes en los distintos enfoques psicológicos (sistema del terapeuta, sistema del cliente y sistema del proceso terapéutico) y

cada enfoque cede la importancia a algún ingrediente del contexto en particular, potenciando su alcance como medio principal de la curación. Al respecto Watzlawick (1994), indica que es la teoría la que decide qué podemos ver y qué podemos hacer; la teoría restringe o anima a concentrarnos en ciertos personajes, privilegiar acontecimientos pasados o presentes, imaginar un futuro y también la teoría se articula a una definición de psicoterapia, de terapeuta y cliente, y la correspondencia entre los distintos ingredientes será valorada acorde a las construcciones de quienes la sostienen (comunidad de científicos).

En los años 50's sobreviene una crisis de la legitimidad de la psicoterapia. Los estudios de Eysenck, en 1952, convulsionan y cuestiona la efectividad de la misma al afirmar que no había evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento (Bernstein y Nietzel, 1991).

Al respecto, Joaquín Poch (1998), cita a Gross (1978):

«La psicoterapia seguirá siendo una de las importantes religiones del siglo XX, y una moderna reproducción de la cura por la fe y el curanderismo, hasta que los investigadores científicos no hayan reunido el suficiente coraje para demostrar empíricamente el fraude que implica la extravagante promesa de la psicoterapia». (p. 31).

Ante tales afirmaciones los clínicos investigadores y clínicos aplicados han tenido que ofrecer pruebas contundentes de que la psicoterapia reúne una serie de características que la diferencian de una conversación o una entrevista. Los estudios sobre resultados y procesos en psicoterapia sugieren que el porcentaje de mejoría o curación se sitúa entre el 72% y 80%, en relación al no tratamiento (Poch y Ávila, 1998).

El enfoque sistémico en particular, muestra un grado de efectividad igual que otros enfoques terapéuticos, en cuanto estudios de resultado se refiere. La psicoterapia desde el lente sistémico

otorga un valor muy importante al reencuadre, que se traduce en resignificar el valor que el cliente otorga a su historia problemática. Las lentes sistémicas ven a la psicoterapia como un contexto de aprendizaje en donde se reencuadran las ópticas del dolor humano (Wainstein, 1999 y Ceberio, 1999). Al respecto los teóricos construccionistas advierten que la psicoterapia lleva consigo la labor de co-construir una historia alternativa, más funcional para el cliente, que le anime a verse potencialmente competente, pasar de un discurso monolítico a un discurso con múltiples interpretaciones. También trabajan sobre las narraciones y en especial sobre las limitaciones de esas narraciones en el ámbito político, económico, social, cultural y de identidad.

El contexto donde aparece la psicoterapia, los personajes que en ella intervienen (cliente y terapeuta) y las circunstancias donde emerge, son condiciones que hacen una diferencia, con una conversación o un encuentro cotidiano. Generalmente la demanda del servicio psicoterapéutico es voluntaria (aunque aparecen excepciones) y existe un contrato que estipula las actuaciones y roles de los participantes. Por ejemplo al terapeuta se le puede asignar el rol de juez, de salvador o de experto; al cliente el de incompetente, enfermo o importador de lo irracional (Andolfi y Angelo, 1990). Algunos autores (Cade y O'Hanlon, 1995; Efran, Lukens y Lukens, 1994), han definido el proceso de psicoterapia como una operación de compra-venta, donde la psicoterapia es el producto que se ofrece y el cliente el comprador del mismo. El terapeuta tiene que vender lo que se le está solicitando, de otro modo se augura un fracaso en la operación.

Erickson opina sobre el valor de la psicoterapia y argumenta que ésta no representa un medio para cambiar a nadie, son las personas las que se cambian a sí mismas. Uno crea circunstancias en las cuales el individuo puede responder con espontaneidad y cambiar. Y eso es todo lo que hace el terapeuta (O'Hanlon, 1987).

Los giros posmodernos tienen un punto que se distancia de la opinión anterior, al incorporar la figura del terapeuta en las mis-

mas condiciones que la del cliente dentro de un proceso clínico. Se habla de una corresponsabilidad de los participantes en el proceso de cambio. La relación terapéutica adquiere valor como predictor de éxito, y se discuten nuevamente los principios centrados en la persona, que yacen en el corazón de la terapia y los cuales nunca deben de ser descuidados o ser dados por hecho (Snyder, 2002).

## El psicoterapeuta

La profesión de psicoterapeuta como actividad científica reconocida aparece con la figura de Sigmund Freud, quien es considerado por muchos el primer psicoterapeuta. Etimológicamente terapeuta significa el que cuida de alguien, distinción que favorece el pensamiento moderno en Terapia familiar. La profesión del terapeuta se ha ejercido y se ejerce en la actualidad por distintos profesionales ajenos a la formación psicológica en las aulas. Entre los más antiguos destacan los sacerdotes, y los médicos. Son más contemporáneos los profesores y los trabajadores sociales.

El terapeuta actual debe demostrar competencias teórico-clínicas de acuerdo a un enfoque o varios enfoques psicológicos. Debe cumplir con los requisitos que demandan los colegios o asociaciones de psicólogos para ejercer como psicoterapeuta (Feixas y Miró, 1993; Poch y Ávila, 1998).

Se estima que la elección de profesión del terapeuta esta asociada con algunas motivaciones funcionales de la persona del terapeuta, tales como: el gusto por conversar, la capacidad de dar y recibir cariño, la empatía, capacidad de reír y el discernimiento emocional entre otras. Cabe aclarar que aunque el terapeuta posea estas características, no tienen una relación directa con el resultado terapéutico.

Actualmente existe una división entre el clínico-científico y el clínico practicante (Mahoney, 1985). Esta división no favorece

(como en otras disciplinas), ver resultados alentadores en la práctica clínica, ya que los clínicos-investigadores generalmente no realizan psicoterapia y los clínicos aplicados no hacen investigación. Esta dicotomía genera una brecha irreconciliable entre investigación, teoría y práctica de la psicoterapia (Vende, Smith y Sprenkle, 1995).

El trabajo con la persona del terapeuta es un requisito y hasta una condición (desde diversos enfoques) para ejercer la psicoterapia. Los sistémicos no escapan a ello, acceder a la historia del terapeuta, al reconocimiento de sus premisas, valores y distinciones que los llevan a intervenir de una manera y no de otra, es una condición en los programas de la formación de terapeutas. Este supuesto ampara la creencia de que un mayor conocimiento y comprensión de nuestra historia nos acerca a entender la postura que tomamos ante una narración particular. Además de que es una responsabilidad ética y social ingresar al universo de nuestras construcciones (Fruggeri, 1992).

## El cliente

El cliente es aquella persona que acude o solicita los servicios psicoterapéuticos. En los contextos asistenciales generalmente se le denomina paciente, este término refleja la influencia del modelo médico. Actualmente también se le conoce como usuario de servicios psicoterapéuticos, dada la diversidad de orientaciones que existen en la disciplina psicológica.

Cuando un cliente acude a solicitar ayuda, se sospecha que hay una condición lo suficientemente importante que está alterando su vida, como para que quiera ser cambiada. Los intentos de solución de su parte no han dado los resultados esperados y se encuentra en un círculo vicioso, que su red social, natural y de apoyo no ha podido romper. Entonces acude con un profesional

con la expectativa de salvaguardar su estado de equilibrio, de bienestar y reestablecer su competencia social.

Suele suceder que los clientes van a psicoterapia con expectativas poco realistas sobre el proceso terapéutico. Estas expectativas se convierten en inconvenientes para una predicción positiva en terapia. Esperan en muchos de los casos que el terapeuta actúe como un médico que ofrece una «cura» inmediata, un diagnóstico preciso y una serie de pasos bien definidos que alterarán el curso de sus «síntomas». La información inadecuada de la práctica del psicoterapeuta anima a confundir a los clientes con respecto a lo que pueden esperar en un escenario clínico. La ansiedad vivida antes de la primer cita es testimonio de los constructos que acompañan a los clientes con respecto a la psicoterapia.

Sin embargo cada vez más son los clientes que ven a la psicoterapia como un espacio donde se resuelven problemas, un lugar donde pueden reencontrar la imagen de ellos que no habían sido capaces de percibir.

Pero no siempre es la persona afectada la que recibe la ayuda. En muchas ocasiones el cliente aparece involuntariamente, sea derivado de un servicio asistencial o penitenciario y en el caso de niños y adolescentes generalmente acuden a psicoterapia canalizados por un contexto escolar, o son llevados directamente por sus padres. Es apropiado, entonces, distinguir entre *demandante*, como aquel que determina que es necesaria la intervención de un profesional de la psicoterapia, y *paciente identificado* (PI), el portador del síntoma o problema. Cuando el demandante y PI no coinciden la psicoterapia resulta compleja de manera que se hace inevitable un análisis más completo del sistema o triángulo que se crea entre demandante, PI y terapeuta.

Entonces la figura del cliente no se refiere únicamente a un individuo concreto, sino que puede incluir también a una pareja, una familia, un grupo o una institución.

## La relación terapéutica

Uno de los elementos distintivos esenciales en toda psicoterapia es la relación terapéutica. Esta relación se distingue de otros tipos de ayuda por las características que la acompañan. Se da en un contexto de relación profesional y aunque el terapeuta se interesa genuinamente por el cliente, no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas.

La relación terapéutica se concentra en la demanda del cliente, se ajusta a sus necesidades y al terapeuta se le retribuye por su trabajo. La relación terapéutica requiere de una estructuración específica del proceso a seguir. Esta etapa generalmente se denomina *encuadre terapéutico* y hace referencia al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Incluyen honorarios (en el contexto privado), la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones y cualquier otro detalle que afecte el desarrollo de la psicoterapia. El encuadre preciso ayuda a alejar la confusión de roles. Resulta pues inadecuado que el terapeuta acepte como cliente a un familiar, un amigo o un conocido, con quien mantiene una relación previa.

Un encuadre adecuado se relaciona con un resultado positivo en terapia. Carl Roger distinguía la relación terapéutica como una de las condiciones necesarias y suficientes para el éxito. También los clínicos psicodinámicos la han privilegiado como antesala de la transferencia.

Aún con las discrepancias que existen en los distintos enfoques terapéuticos acerca de la importancia de la relación terapéutica, la mayoría coincide que ésta es un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque su naturaleza particular varíe según la modalidad de terapia.

El grado de acuerdo en los objetivos, es otro componente de la relación terapéutica. Este punto trata de si el cliente y terapeuta orientan sus esfuerzos en la misma dirección. En caso de que esto no suceda, probablemente el cliente deserte, ya que no se sentirá



entendido y dará por terminada la relación. En caso contrario y aún con estos inconvenientes, la relación puede prevalecer, pero el clima emocional se teñirá de desesperanza y desánimo, además de que se está encaminando un proceso hacia una dirección que no se ha pedido, por lo que carecerá de utilidad el esfuerzo de ambos.

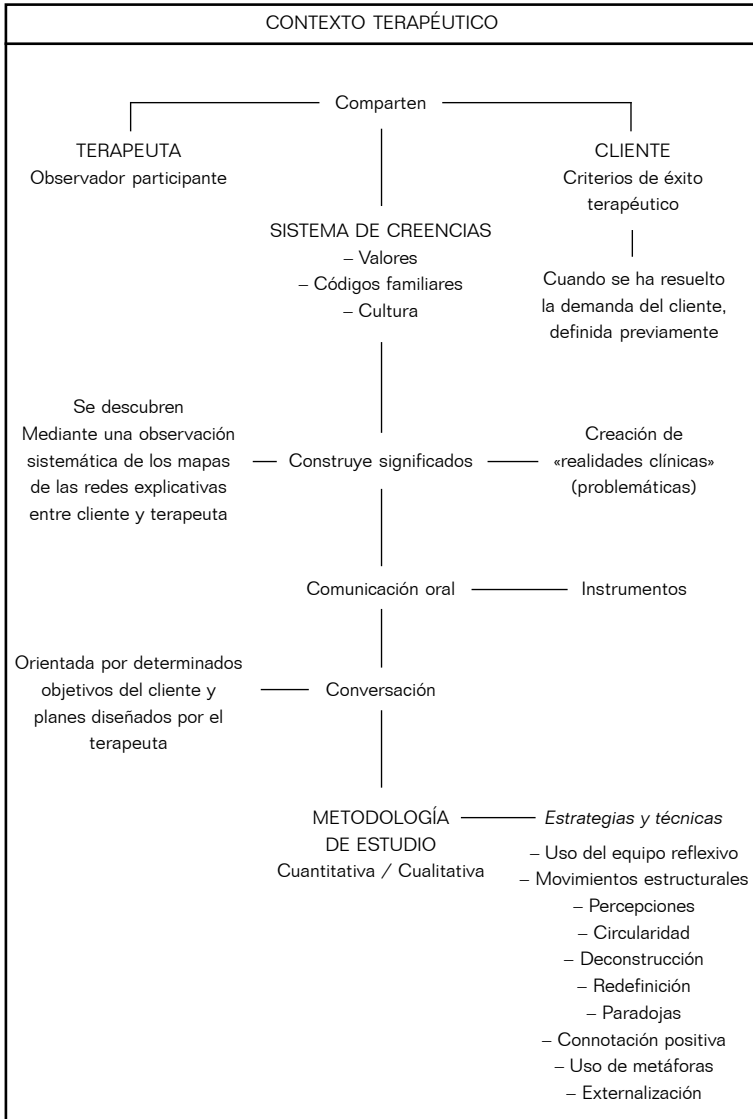
El enfoque sistémico en particular no difiere en el valor que otros modelos han otorgado a la relación terapéutica, aún con el pragmatismo operativo que utilizan muchas de sus escuelas, sobresale el uso de la connotación positiva, hablar el lenguaje del cliente, la importancia de mostrarse genuinos y congruentes, además se confía en que el cliente es el experto en su historia y en saber qué es lo que más le conviene.

De acuerdo a Erickson, la responsabilidad del terapeuta consiste en crear un clima, una atmósfera que facilite el cambio, incluso que éste sea inevitable. Lo hace dando forma (por medio de palabras y acciones) a una expectativa de éxito, utilizando e incorporando al tratamiento las objeciones, el estilo y la resistencia del paciente.

Por último es importante distinguir que la elección de un método terapéutico y el valor que se le atribuye a éste, varía en función de la filosofía de cambio que lo inspira y cómo se defina la relación terapéutica. De esta manera la psicoterapia seguirá siendo entendida de varias maneras y corresponderá a métodos de intervención basados en percepciones diferentes del individuo y de sus relaciones significativas. Sin embargo, no escapa a contemplar en mayor o menor medida los ingredientes que la activan y le dan forma como herramienta indispensable del terapeuta.

## Esquema 2

### Elementos del contexto terapéutico





### III. La formación del terapeuta sistémico

La formación en Terapia Familiar Sistémica se ha distinguido de otros enfoques por la posibilidad que tiene el aprendiz de observar los casos clínicos directamente, tal como se van desarrollando, y que posteriormente pueda desarrollar un caso real con supervisión directa, esto supone una gran innovación formativa con excelentes resultados.

Las partes interactuantes del proceso formativo son la familia, alumno-terapeuta y supervisor (equipo), donde el objetivo se convierte en la búsqueda del equilibrio entre la teoría, la práctica y el crecimiento personal del equipo (Albuerne, 1998).

Para alcanzar la meta de una institución formadora en psicoterapia, sea esta una Universidad o Instituto privado, se requieren ideas y acuerdos muy particulares para no convertir el proceso en una experiencia correctiva para el alumno, por ello es necesario un criterio de admisión que considere lo que es idóneo para hacer psicoterapia. Ruggero (1995), dice que el concepto de lo idóneo es en realidad una elección difícil que se refiere a la persona del alumno y que debe ser compartida por los didactas. Cada Institución debe mostrar coherencia en la capacidad de informar, formar y atender cuidadosamente a cada alumno en el espacio grupal de la formación o con intervenciones personalizadas en un espacio individual.

## Métodos de entrenamiento

Kniskern y Gurman (Cit. Andolfi y Zwerling, 1985) plantean que la formación en psicoterapia familiar se hace a través de tres métodos de entrenamiento: (1) el didáctico, (2) la supervisión y (3) métodos experienciales.

(1) *Aspecto didáctico*: referido a diversas lecturas de libros y artículos sobre modelos teóricos y prácticos en psicoterapia familiar. En este sentido se adoptan dos posturas: se centran en una determinada escuela de pensamiento o se tiene como objetivo la diversidad de enfoques con un amplio rango de puntos de vista.

El modelo teórico distingue un territorio bajo el cual se trabaja. Pero no sólo se debe enseñar el modelo en términos teóricos, sino también una forma de pensamiento que contextualiza tanto los puntos de vista, los lentes como los territorios y los modos de aproximarse a ellos.

Idealmente el estudiante debe aprender haciendo terapia y guiado desde el principio por un supervisor con experiencia que emplee técnicas de supervisión en vivo.

(2) *La supervisión*: es entendida como un conjunto de actividades de control y evaluación de la práctica clínica de los alumnos en proceso de aprendizaje (Bernart y Dobrowolski, 1996), cuyas técnicas varían desde centrarse en la familia o en la persona del terapeuta, hasta la orientación teórica y estilo del supervisor, destacándose el estilo relacional que se establece entre las partes interactuantes.

En el contexto formativo el estudiante debe aprender haciendo terapia, la supervisión es un curso eminentemente práctico donde el alumno terapeuta trabaja con pacientes o con familias bajo la observación en vivo a través de un espejo unidireccional (cámara Gesell) o a través de videgrabaciones del supervisor y el equipo para desarrollar e incrementar sus capacidades, habilidades, técnicas, supuestos teóricos, competencia profesional y obstáculos en su proceso formativo como terapeuta.

Cada uno de los integrantes del proceso de supervisión necesita comprometerse y trabajar en su proceso formativo, donde en múltiples ocasiones la sola evaluación de la capacidad académica, no es el mejor indicador de una capacidad exitosa como psicoterapeuta. Por otra parte, el supervisor no sólo apoya, estimula y confronta consigo mismo al terapeuta en formación, sino evalúa su competencia en cuanto autonomía, confianza, decisión y responsabilidad con los pacientes. También es deseable contar con parámetros que funcionen para que el estudiante en formación instaure dentro de sí la capacidad de auto-observación que lo ayude a conocerse y entenderse a sí mismo para desde ahí, afrontar y comprender al otro (Albuerne, 2000).

Como puede observarse la tarea del supervisor resulta compleja, éste tiene que realizar con extremada cautela su oficio para enseñar sin colonizar, estimular y sin determinar, para que en la práctica de su tarea el terapeuta conozca sus límites y particularidades, rediseñe las herramientas que el supervisor le ofrece y los horizontes que le abre para finalmente encauzar su aprendizaje en rasgos personales que caracterizarán su estilo. Aunado a lo anterior es importante que el supervisor establezca un buen vínculo con el terapeuta en formación, ya que a través de esa relación complementaria se va a afectar indirectamente, una segunda relación constituida por terapeuta cliente.

(3) *Métodos experienciales*: el trabajo con la familia de origen es un requisito de formación para los terapeutas familiares, el remitirse a ella y a grupos significativos de la red social del terapeuta, tiene como objetivo contactarse con el estilo de intervención que resulte más sencillo de manejar y a la vez comprender de donde surgió. En esta dirección, la realización del Genograma es una herramienta auxiliar ya que apunta a entender, desde la historia del terapeuta, a su familia de origen, de la cual es representante: sus disidencias y concordancias, su estilo personal; en síntesis, todo lo que contribuya a conocer lo que conoce (Ceberio, 2000). En la formación del terapeuta la clave del proceso terapéutico y la posi-

bilidad de cambiar a la familia pasan necesariamente a través del terapeuta, no a través de las técnicas ni del proceso ni de la comprensión, sino a través de la persona del terapeuta y de su implicación con la familia.

El estilo personal de intervención terapéutica surgirá también de los márgenes de una identidad profesional, que no es rígida ni estanca, sino sujeta a continuas modificaciones provenientes de un diálogo reflexivo entre la clínica, los horizontes teóricos y los cambios personales del terapeuta.

En síntesis el proceso formativo es un hecho que contempla múltiples aspectos que van más allá de una transmisión de la información en el plano pedagógico: las motivaciones más o menos profundas de los participantes (alumnos y didáctas); la familia como objeto de estudio visto desde diversos contextos; los estilos relacionales que se establecen y las posturas teóricas.

## IV. Principales enfoques en Terapia Familiar

### Enfoques breves estratégicos

La primera formulación de una terapia breve estratégica se debe al grupo de investigadores del MRI (Mental Research Institute), de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974); estos autores han sintetizado al enfoque sistémico con las aportaciones técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson, con el objetivo de formular modelos sistemáticos capaces de hacer evolucionar el enfoque estratégico de Erickson a la terapia, haciéndola pasar de puro arte, a procedimiento clínico repetible (Watzlawick y Nardone, 1997).

Paralelamente a la evolución del modelo utilizado en el MRI, Jay Haley ha desarrollado su formulación personal de terapia estratégica, que también ha tenido resultados semejantes al del MRI.

Posterior al modelo de Jay Haley en los primeros años de la década de 1980 apareció un tercer modelo de terapia breve sistémico-estratégica, formulado por Steve de Shazer y de su grupo de Milwaukee.

Estos tres modelos básicos, tienen como común denominador el pragmatismo operativo en sus intervenciones clínicas, sus intervenciones ingeniosas en la resolución de problemas humanos complejos mediante soluciones aparentemente simples, además del parámetro temporal utilizado para la conclusión de una terapia el cual oscila entre seis y diez sesiones.



Este arte de hacer terapia de una manera no usual, consiste en una síntesis entre antiguos saberes como la retórica helenística de la persuasión o el arte chino de la estratagema, y conocimientos modernos como la epistemología constructivista, los estudios sobre la hipnosis y la sugestión o la resolución estratégica de problemas.

### **Objetivos de la terapia breve**

El proyecto de terapia breve del MRI, considera al tiempo como un elemento importante y como distintivo especial en relación a otros modelos y enfoques terapéuticos. Sus objetivos principales se concentran en lo siguiente:

1. Solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentan las familias.
2. Transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros.
3. Estudiar los cambios de los sistemas familiares.

La terapia breve del MRI, asume que lo que se trata en terapia es el comportamiento, específicamente la problemática de los pacientes, la dinámica de interacción con los demás, como son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etc.

Cuando los terapeutas del MRI reciben a un individuo o familia en terapia, analizan los patrones de conducta problemática, la respuesta a este análisis arrojará los intentos de solución fallidos por los clientes (individuos y familias), y sólo de esa manera romperán los circuitos recursivos que alimentan y mantienen el problema en una situación de estabilidad.

La terapia breve está constituida por una serie de actividades orientadas acorde a los objetivos terapéuticos establecidos por el cliente, de acuerdo a su realidad y narrativa. Generalmente se realiza una primera entrevista estructurada donde la obtención de información con respecto a los intentos del cliente y las personas significativas para resolver el problema se vuelve significativa, identificando aquello que ya funciona, y lo que se debe de obviar. Otro

dato importante es investigar sobre los cómo, dónde, cuándo y con quién aparece el problema, las creencias en relación al problema y las excepciones de los clientes en torno al problema. Al término de la entrevista, los terapeutas están preparados para realizar una prescripción inusual, o paradójica que corrija de manera sucesiva la manera de actuar de los clientes con respecto al problema.

### **Crterios de éxito y técnicas utilizadas**

El parámetro de una terapia eficaz a las lentes del enfoque del MRI, consiste en un cambio exitoso del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esa atribución, explica su dolor y su sufrimiento (Watzlawick, 1998). Desde esta postura, entonces, ¿cuáles serían las actitudes, destrezas y las técnicas, que debe poseer un terapeuta regido bajo esta epistemología?

En primer lugar queda excluida la atención a las estructuras patológicas subyacentes en el síntoma o en el problema. En segundo lugar carecen de interés los conflictos inconscientes o las estructuras familiares disfuncionales. Por el contrario, su atención se dirige a la interacción existente entre los miembros de la familia así como a la actitud y a los significados construidos alrededor del problema. Y por último, el terapeuta se convierte en un estratega cuya teoría determina sus observaciones, aceptando lo que el paciente lleva a terapia ya que parte de la premisa de que lo que el cliente necesita está en su propia historia personal (Nardone y Watzlawick, 1999; Gutiérrez, 2000).

Como el terapeuta reconoce que el paciente tiene las herramientas para salir adelante, pero éste no sabe que lo sabe, utilizará entonces *la persuasión* para conducirlo hacia la construcción de una realidad alternativa, donde el problema sea redefinido. Pero, ¿cómo puede una persona ser motivada para aceptar una interpretación de la realidad muy diferente de la suya? Ceberio y Watzlawick (1998), distinguen varias respuestas a la pregunta

anterior: la primer respuesta sería que esto se logra a través de la magia de *la reestructuración*, conocida también como redefinición, reformulación o reenmarcación y definida como una de las más exquisitas técnicas de persuasión que implica recodificar la realidad pero sin modificar las estructuras de sentido sobre las cosas. Al aplicar esta técnica no se produce un cambio en el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que son modificados los marcos en los cuales el significado se inserta; así, de forma indirecta, es evidente que cambiando el marco, al final de cuentas ocurre la modificación del significado. La segunda respuesta sería comunicar la reestructuración en un lenguaje empático y, por tanto, aceptable para el paciente en función de la conceptualización que hace de su propio mundo.

Los terapeutas estratégicos comparten la premisa de que los problemas persisten porque los intentos realizados por las personas para salir de ellos (mecanismos de los intentos de solución), sirven involuntariamente para mantener o aumentar el comportamiento problemático. En esta perspectiva, la solución del problema depende del abandono de esos intentos de solución, y la primera tarea del terapeuta consiste en promover un cambio concreto de comportamiento.

### **Diferencias y coincidencias con otros modelos**

Una de las mayores diferencias entre la terapia breve y otros modelos, reside en la convicción del terapeuta de que el producir un pequeño cambio en el comportamiento de una persona, por muy terrible y compleja que pueda ser la situación, puede llevar a diferencias profundas y de gran alcance en el comportamiento de todas las personas implicadas. Por lo tanto, no es necesariamente importante el número de personas que están construyendo con éxito el problema y la solución. De esta manera se puede hablar de terapia sistémica sin que todos los miembros de la familia estén reunidos, o de terapia de pareja con la presencia de un solo cónyuge.

Desde esta óptica también es importante conocer los detalles de los trastornos del cliente sólo en la medida en que esto resulta útil para conocer cómo se mantienen, y de esta manera, cliente y terapeuta puedan construir la relación y la intervención. No se necesitan descripciones detalladas para que una intervención tenga éxito y se muestre adecuada (de Shazer, 1986).

Los terapeutas breves se identifican más por el modo en que actúan que por sus formulaciones teóricas. Stefan Geyerhfofer (1997), distingue algunas peculiaridades en las tres direcciones principales de la terapia sistémica breve:

- La aproximación de terapia breve focalizada en el problema, del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.
- La aproximación de terapia breve focalizada en la solución desarrollada por de Shazer, y sus colegas de Milwaukee.
- La aproximación narrativa de White y Epston.

Stefan Geyerhfofer (1997), argumenta que los tres enfoques son semejantes por su adherencia al postestructuralismo y por su acento en el lenguaje, además de ser complementarios en las dimensiones problemas versus solución y la dimensión conducta versus conocimiento. Mientras que el planteamiento del MRI y el trabajo de de Shazer centran su atención, no exclusivamente pero sí principalmente, en la conducta de las personas involucradas en la interacción del problema, White y Epston muestran mayor interés en el conocimiento que estas personas tienen y en las descripciones de este mismo conocimiento en términos de historia.

Es importante subrayar que la terapia breve-estratégica, muy a menudo definida por sus opositores de una manera demasiado simple, no lo es en realidad en modo alguno porque, más allá de las técnicas que pueden parecer sorprendentes por su aparente simplicidad, está presente una compleja y articulada epistemología y lógica de intervención.

El arte de la terapia breve consiste en hacer sencillas las cosas complicadas, o más aún, encontrar soluciones sencillas para problemas complejos; y esta labor requiere genialidad.

## Enfoque estructural

En el marco de la cibernética, el concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. Se puede considerar que hay dos elementos ligados: cuando la «salida» de uno da lugar a la «entrada» de otro, o un cambio en uno es seguido por un cambio en el otro, lo cual significa que se está transmitiendo información.

### Consideraciones teóricas

Para la teoría y práctica de la Terapia Familiar Sistémica, esto quiere decir que la familia constituye una red de sucesos dinámicos cuya estructura y reglas de conducta no deben considerarse completas en sí mismas, sino enfocarse atendiendo a la función que cumplen para cada miembro de la familia, así como también para toda la familia en su conjunto.

La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, como lo son: el proceso de individuación de cada miembro, proporcionar un sentimiento de pertenencia y nutrición emocional, entre otros.

Los miembros de la familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y detalle, la geografía y el territorio; cada uno sabe lo que está permitido por el sistema de control.

Al definir la estructura familiar cabe puntualizar que cada parte no es aislada; es un todo y una parte al mismo tiempo; la parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. Salvador Minuchin (1997), utiliza el término «holón» para seguir con el principio de recursividad de la Teoría General de Sistemas y plantea los siguientes subsistemas de la familia: el individual, el conyugal, el parental, y el de hermanos.

Cada uno de estos subsistemas desarrolla funciones, definiéndose éstas como los modos de acción mediante los cuales el sistema se comporta de una u otra forma. Por ejemplo, el subsistema

parental tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. Este mismo subsistema tendrá límites claros hacia los hijos, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario a unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los hijos tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados éstos por la cultura familiar. Por último, el límite en torno a la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos (Hoffman, 1992). En este caso la terapia familiar, como proceso de reestructuración, exige y se empeña en conseguir la alteración de las condiciones o funciones que mantienen la estructura de un sistema disfuncional.

Una familia funcional tendrá una clara línea entre generaciones. Esto significa que si la madre y la hija están actuando como hermanas, el terapeuta podrá poner a la madre a cargo de las actividades de la hija durante una semana. Si no se respeta el límite que delinea a un individuo, el terapeuta estructural podrá pedir a cada persona que piense y hable sólo por sí misma.

Salvador Minuchin no renuncia a la creencia sistémica, más bien, incorpora a ésta la metáfora estructural. Los conceptos básicos que se desarrollan dentro del marco de la terapia familiar estructural son los siguientes:

*Jerarquía:* este concepto define la función del poder y sus estructuras en la familia. A este aspecto de la jerarquía corresponde la diferencia de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.

Algunos terapeutas familiares como Haley (1993), Madanes (1981), Minuchin y otros (1967), consideran que una jerarquía familiar interna clara e inequívoca es el requisito previo necesario para la funcionalidad de la familia.

*Límites y fronteras:* los procesos de demarcación de límites o fronteras entre los individuos, entre los subsistemas familiares y

entre la familia y el ambiente externo, revisten una importancia capital.

Las familias disfuncionales presentan problemas para la demarcación de límites, en cambio las familias sanas, permiten desarrollar y diferenciar las estructuras con sus consecuentes límites. Los límites de un sistema o subsistema son determinados por las reglas que definen quién participa y cómo participa en cada sistema o subsistema (Minuchin, 1974).

*Alianza, coalición, fronteras, triangulación:* estos términos se refieren a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés actitud o conjunto de valores y se oponen a la alineación, separación o alejamiento.

Los conceptos de alineamiento/alianza y sus correspondientes separación/alineación, fueron introducidos por Wynne (1961) para facilitar la descripción de los rasgos organizativos o estructurales. El estudio de estas secuencias durante un periodo, a medida que se desarrolla el proceso terapéutico, permitirá revelar cuan tremendamente vinculados y vivencialmente separados o disociados se encuentran los diversos niveles de funcionamiento del sistema familiar (Wynne, 1961).

Algunos autores enmarcan una diferencia entre el término alianza y coalición, siendo la primera menos estable en el tiempo y espacio, y menos excluyente de otros miembros que la segunda. Cuando estas alianzas o coaliciones se desdibujan o traspasan las fronteras generacionales, se produce una perturbación en la jerarquía familiar (Lidz, 1963; Minuchin, 1974).

Estas disfunciones pueden tomar la forma de tríadas rígidas, (Hoffman, 1986; Minuchin, 1974); de triángulos perversos (Haley, 1994), y triangulación patológica (Bowen, 1978).

Estas triangulaciones suponen que la coalición se mantiene a través de un tercero que le da sentido y rigidez. Pueden establecerse en miembros de la misma generación o violentando las fronteras intergeneracionales mismas que abarcan un nivel más elevado de conflicto por el cúmulo de problemas no resueltos.

*Relaciones de poder*: algunos autores piensan que cualquier tipo de conducta social es de alguna manera un acto de autoridad, y que toda la relación se basa en equilibrar esta autoridad. En consecuencia, el sistema social es visto como una organización de estructuras de poder (Haley, 1994).

Otros autores usan términos como influencia, control, autoridad, autoafirmación y capacidad de decidir como sinónimos del fenómeno del poder.

Como característica de un sistema, puede entenderse la capacidad potencial o real de un individuo para modificar la conducta de otros miembros de un sistema social (Cromwell y Olson, 1975).

Dentro del marco de un enfoque sistémico que postula la circularidad de los procesos interaccionales, es casi imposible determinar las relaciones de poder inequívocamente. Toda la acción repercute en el actor de una manera u otra. Después de todo, el hombre en el poder depende de recibir información todo el tiempo desde el exterior. Reacciona ante esa información tanto como hace que las cosas sucedan (Bateson, 1972).

Para fines clínicos, en el tratamiento de las familias tendremos que estar atentos a las estructuras de poder existentes en cada sistema a fin de no ser ingenuos en las intervenciones de cambio, sino, por el contrario, aprovechar las mismas para inducirlo.

Por otra parte, las estructuras de poder de la familia requieren ser vistas en función del ciclo vital de los miembros del sistema y de la estructura total como equifinalidad evolutiva.

### **Técnicas de intervención**

Salvador Minuchin afirma que implementar las técnicas terapéuticas debe ser un arte, el terapeuta deberá descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia en el aspecto transaccional y con la personalidad de él mismo. Las técnicas empleadas por los terapeutas estructurales cuestionan la estructura familiar, los límites, la manera en que hace las cosas la familia, sus interacciones y su forma de solucionar los problemas.



Minuchin cree que el gran secreto de las técnicas estructurales debe ser especificado y enseñado a cada terapeuta familiar. En su libro *Families and Family Therapy*, explica tres conceptos estructurales que se deberán dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse.

Durante la primera fase hay que conseguir entrar en el sistema mediante la unión y acomodación (*joining*), que puede materializarse en los procedimientos de rastreo (recogida de información interaccional), mantenimiento (respeto de las reglas actuales del sistema) y mimetismo (potenciación de algunos elementos de similitud entre el terapeuta y la familia por medio verbal y no verbal). Una vez que el terapeuta se ha ganado cierta confianza de la familia, y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras, podrá utilizar las técnicas de reestructuración. Una de las principales es el desafío de las definiciones dadas en la familia, entre las que se incluye el rol del paciente identificado, cuestionando así su visión de realidad.

La prescripción de tareas conjuntas para varios miembros de la familia es otro recurso, en ocasiones la utilización de este medio se pone al servicio de la promoción de alianzas alternativas a las existentes, en lo que se denomina reelaboración de límites. La desequilibración es una técnica más arriesgada al requerir que el terapeuta forme una alianza intensa en un subsistema de la familia para obligar a una reestructuración de límites.

### **Mapa de la estructura familiar o Genograma**

Dentro de la terapia familiar el Mapa de relaciones o Genograma se viene utilizando de modos muy diversos. Se trata de un instrumento que sirve para dar una imagen plástica de la información de la que disponemos.

Para Salvador Minuchin, la elaboración del Genograma representa la manera de trazar el mapa sociopolítico de una familia, lo cual ahorra mucho tiempo al terapeuta ya que la naturaleza de la organización de la familia le proporciona al terapeuta estructu-

ral las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar sus pautas de relaciones.

Salvador Minuchin a través de la utilización del Genograma, nos proporciona un método gráfico con qué documentar la terapia. A partir de este uso básico, el Genograma permite realizar hipótesis que sólo se revelan cuando aparece la información de varias generaciones.

Resumiendo, podemos decir que esa información puede ser de varios tipos:

1. Relación que media entre los miembros de la familia, sobre todo el esquema de alianzas y exclusiones.
2. Naturaleza de los límites entre los subsistemas dentro de la familia (intra-sistémicos) y de la familia como un todo con el medio (extra-sistémico).

## Escuela de Barcelona

La necesidad de entender al individuo en su complejidad nos lleva a mirar hacia el entorno del mismo. En este entorno se encuentran los grupos sociales y por supuesto la familia, considerada como el espacio emocional donde se socializa, hay un cuidado mutuo, apoyo económico, organización jerárquica, roles, una permanencia en el tiempo, entre otras cualidades. Las diferentes teorías en la Psicología parten de paradigmas diversos para dar respuesta a fenómenos psicosociales, por lo que sería muy simplificador intentar dar una explicación lineal a los mismos. El paradigma sistémico nos da la posibilidad de contemplar un fenómeno en su interacción: la familia, que es la unidad social a estudiar, estará bajo la lupa sistémica, llevándonos a contemplar su mundo relacional en la parentalidad, la conyugalidad, el ciclo vital, los subsistemas fraternal y filial, así como su organización, mitología, identidad y narrativa.

## Conceptos básicos

Juan Luis Linares (1996), se apoya en el concepto de identidad para referir una parte del individuo inamovible que permanece en el tiempo y que es el núcleo de la mente y el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo; pero esta identidad, de acuerdo al autor, no se puede desarrollar ni mantener sin un soporte al que conceptualiza como narrativa. Esta instancia provee el contacto con el exterior mediante los procesos comunicacionales que constituyen la relación y de esa forma el núcleo de la identidad puede modificarse incorporando nuevos elementos o desprendiéndose de otros. La narrativa mantiene casi inalterada su capacidad de modificarse, en tanto la identidad es resistente al cambio.

Desde el planteamiento de este modelo, el equilibrio entre identidad y narrativa proveería al individuo de una salud mental, mientras que la psicopatología estaría presente en las narraciones cargadas de identidad, o bien cuando la identidad apenas tiene un espacio dentro de la narrativa. Otro concepto clave es la nutrición emocional que se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido. Esta nutrición emocional es la responsable de la distribución de identidad y narrativa, y se va incorporando por los anclajes afectivos del individuo con su entorno; comienza con la vida individual y dura lo que ésta.

Cuando un síntoma aparece ligado a una dificultad en la nutrición emocional tenemos que mirar hacia la familia de origen y posiblemente esta dificultad tiña las distintas narraciones del individuo en su ecosistema (área laboral, amigos, escuela, etc.). Cuando se tiene un dato de esta naturaleza es claro convocar para la intervención terapéutica a la familia de origen, pero en otros casos resulta innecesario ya que la narración sintomática puede estar vinculada a otro espacio de relevancia para el sujeto.

El modelo que plantea Linares (1996), nos ofrece la posibilidad de entender el mecanismo a través del cual puede emerger una psicopatología. El autor rescata de la Psiquiatría clásica categorías como: área de la neurosis, área de la psicosis, área de las

sociopatías y trastornos bipolares. Cada una de estas denominaciones tienen que ver con la identidad y la narrativa.

Un ejemplo de esto sería cuando una identidad está bien constituida en cuanto a crecimiento y composición, pero algunas irregularidades en la articulación de sus constructos permiten sugerir que quizá la narrativa en torno facilite el desarrollo de síntomas neuróticos. Pero, cuando existe la contención de una identidad que, en cambio, se presenta maciza, compuesta por algún constructo predominante que ahoga a los demás, la narrativa tiene espacio suficiente para desarrollar una buena adaptación social básica, pero sus constructos adolecen de rigidez y monotonía y podrían propiciar evoluciones depresivas o borderline. Sin embargo, cuando existe una invasión masiva de identidad donde la narrativa apenas tiene espacio para desarrollarse, los síntomas comprometen seriamente la adaptación social llevando a cuadros psicóticos.

Identidad y narrativa son un continuum y cada uno goza de características particulares que, como se mencionó anteriormente, convergen en un espacio emocional, cognitivo y pragmático. La familia se define en torno a una organización y a una mitología; los individuos, en torno a una identidad y una narrativa.

Realizar un diagnóstico en cualquier ámbito presenta bastante complejidad y aún más si se trata de un grupo social. Linares (1996), intenta realizar una tipología familiar que nos oriente hacia la distinción de tipos de familia y la relación con ciertas psicopatologías. Para ello, retoma características de familias rígidas, caóticas y multiproblemáticas.

### **El diagnóstico sistémico**

¿Cómo describir un diagnóstico sistémico, si todo aquello que huele a Psiquiatría está peleado con los principios sistémicos de no etiquetaje y la construcción social de las psicopatologías? Hablar de diagnóstico familiar enfrenta contradicciones e incluso se puede percibir como algo imposible. Sin embargo, ¿quién no utiliza

«diagnósticos» o juicios para orientar sus intervenciones?... simplemente, no se puede evitar. Al respecto Juan Luis Linares (1996), opina:

«La intención implícita es liberar a la función interpretativa de los groseros efectos del modelo médico de enfermedad, contrarrestar la creación de chivos expiatorios que comporta el etiquetaje psiquiátrico y evitar la pretensión de un grado de exactitud que no poseemos». (p. 59).

Las metáforas guías para un diagnóstico sistémico propuestas por Linares, proveen al investigador o terapeuta de una herramienta útil que incorpora conceptos de la nosología psiquiátrica sin perder de vista el aspecto relacional. Se pretende, desde esta manera de abordar las psicopatologías, excluir cualquier posición rígida y, más bien, ofrecer una posibilidad más entre otras que también son igual de válidas y posibles.

La construcción del diagnóstico se lleva a cabo definiendo las dimensiones de la parentalidad y la conyugalidad, cualidades de la pareja parental.

La conyugalidad y la parentalidad son independientes entre sí, de manera que caben todas las combinaciones imaginables de ambas. La conyugalidad puede deteriorar la parentalidad o ayudar a restaurarla y, viceversa, la parentalidad puede arruinar o redimir la conyugalidad.

Conyugalidad y parentalidad se sitúan entre dos polos ideales de máxima positividad y negatividad y admiten múltiples combinaciones, pudiendo éstas, desde un extremo armonioso y otro disarmónico, desplegar las múltiples posibilidades en que los cónyuges cubren sus necesidades de apoyo, ayuda y nutrición emocional.

La naturaleza básica de la relación no tiene por qué modificarse por una separación. El rol de padres puede seguir siendo funcional aún después de que la relación conyugal se haya deteriorado. Si los hijos se sienten valorados, queridos y reconocidos serán capa-

ces de integrar normas y seguridad en proyectos personales coherentes. Juan Luis Linares (1996), opina al respecto:

«Cuando la pareja se desarrolla bajo un modelo de simetría poco compensado tendrá dificultades para armonizar y unificar sus propuestas relacionales a sus hijos. El resultado puede ser una doble parentalidad, sin que por ello se vea afectada la nutrición emocional para el hijo, ya que el interés por el hijo es sincero. Sin embargo, si existen solicitudes de alianza para con los hijos, cada uno de los padres ofrecerá más esperando verse beneficiado por el cariño de su hijo; la atención no se centra en el cónyuge sino en el hijo». (p. 80).

En esta dinámica manipulatoria de los padres aparece una triangulación donde el hijo recibe mensajes contradictorios de cada uno de sus progenitores, afectando así las funciones socializantes referidas a cómo tratar a las más importantes figuras significativas del entorno y a cómo cabe esperar ser tratados por ellas.

Otro fenómeno comunicacional que aparece en los juegos relacionales tiene que ver con la descalificación y la desconfirmación. La descalificación se refiere al hecho de desacreditar a una persona negando sus capacidades para desempeñar ciertas funciones, entre las cuales destacarían las conyugales y las parentales cuando en el marco familiar se descalifica a alguien como cónyuge o progenitor. La desconfirmación, por su parte, representaría una forma mayor de agresión comunicacional consistente en negar la identidad de alguien desde la situación extrema, constante y por parte de figuras de las que depende. La disfuncionalidad surge cuando la desconfirmación deviene de una pauta interaccional estable.

### **La intervención en psicoterapia**

Una de las maravillas del modelo sistémico aplicado a psicoterapia es la posibilidad de trabajar en positivo, y esto obviamente rescata lo sano y valioso de cualquier sistema. Para ello, el tera-

peuta tiene que ejercitarse arduamente en la connotación positiva, técnica invaluable de la terapia familiar.

Generalmente las familias que acuden a terapia llegan con una imagen desgarradora de sí mismas. Con frecuencia con culpas, porque nada de lo que han hecho les ha funcionado y, partiendo de la premisa de que las familias saben la solución pero no saben que la saben, la intervención del terapeuta encajaría en facilitar a las familias el reconocimiento de sus recursos, devolviéndoles la capacidad de confiar en ellos mismos reconociendo sus competencias.

Son muchas las maneras en que un terapeuta puede favorecer los cambios en la familia; sin embargo, dentro del clan sistémico cada una de las escuelas o los modelos gozan de particularidades que las distinguen de las demás, o dicho de otra manera, son pioneros en el desarrollo de técnicas de intervención y estrategias de solución.

El modelo de intervención que impulsa la Escuela de Barcelona distingue los espacios cognitivo, emocional y pragmático como campos donde el terapeuta tiene influencia, argumentando que el cambio que se produzca en alguno de ellos incidirá directamente en los restantes. Si ocurre así, el proceso de cambio se consolida, y si el cambio permanece adherido a uno de los tres espacios es más fácil que pueda retroceder hasta la desaparición.

El terapeuta puede orientar sus intervenciones en algún espacio en particular, en función de las características del paciente o de las suyas propias, ya sea a nivel del estilo personal o de la modalidad de formación recibida. Linares (1996), opina sobre la formación lo siguiente:

«...quien se sienta más seguro de controlar confortablemente la expresión de sus propios afectos podrá intervenir con comodidad en el plano emocional; quien sepa sacar partido a su imaginación literaria se moverá más libremente en el plano epistemológico y quien tenga

un probado espíritu práctico podrá rentabilizar razonablemente los resortes pragmáticos». (p. 133).

El terapeuta puede elegir la modalidad de intervención que él considere más adecuada, centrándose ya sea en el individuo o en la familia, trabajando con la identidad individual o la organización familiar. Las técnicas pragmáticas, cognitivas y emocionales que se describen a continuación, serán los vehículos privilegiados para conseguir la dinámica de cambio.

### **Intervenciones pragmáticas**

Las prescripciones son las técnicas pragmáticas de uso más extendido y existe una gran variedad de ellas. Por ejemplo, una prescripción comportamental actuada en la sesión puede consistir en juntar con su marido a una mujer que se ha sentido separada de él, y en otro espacio mantener a los hijos también juntos. Esta maniobra que es pragmática, alcanza también el plano cognitivo, ya que comunica a la familia un mensaje reestructurador de cómo cree el terapeuta que debe organizarse la familia: los padres por un lado y los hijos por otro, aunque cerca.

También las prescripciones comportamentales pueden ser planeadas para que se realicen en los intervalos de las sesiones. Un ejemplo sería pedir a un padre y a su hija que realicen juntos actividades no cotidianas, como ir al cine, al parque a comer, ayudar con la tarea etc. La información que se obtiene en la realización de la tarea no es solamente de aprendizaje, ya que la familia se informa de las capacidades adquiridas (plano cognitivo), y la convivencia dada en un contexto diferente también provoca emociones que antes no eran reconocidas.

La prescripción de rituales constituye otra modalidad de intervención pragmática, así como las muy diversas técnicas de escultura existentes. Para que un abordaje en apariencia simple tenga el efecto esperado, se requiere del poder de persuasión del



terapeuta, así como de la capacidad de motivación y cambio de la familia.

### **Intervenciones cognitivas**

Las reformulaciones constituyen el gran campo de las intervenciones cognitivas y son, junto con las prescripciones pragmáticas, el repertorio básico de intervenciones terapéuticas dentro del modelo sistémico. Al respecto Linares (1996), opina:

«La simple reformulación, consistente en la aportación por parte del terapeuta de una visión matizadamente distinta o radicalmente nueva de alguna construcción narrativa personal o de un mito familiar, es el contenido fundamental de una sesión clásica de terapia familiar, de la que la prescripción suele ser su culminación natural». (p. 139).

Las preguntas circulares son una herramienta terapéutica que facilita el contexto de la reformulación. A partir de su utilización se activan procesos que modifican la realidad de la familia de tal manera que aquello que se anunciaba como problemático no lo sea más. También se consideran mini reformulaciones que generan incertidumbre en el espacio cognitivo, no sólo en el interlocutor directo, sino en el resto de los participantes en la conversación. La consecuencia de dicha incertidumbre puede ser la generación de nuevos significados, acompañada en la incursión de nuevas maneras de actuar y de la experimentación de nuevos sentimientos.

Existen reformulaciones más complejas, como las que tratan de reconstruir una historia de amor en una pareja en conflicto o una historia de parentalidad entre un progenitor o unos padres y un hijo generalmente sintomático y en relación difícil con ellos. La utilización de mensajes escritos sencillos es otra modalidad de reformulación que se beneficia del hecho de que lo escrito permanece.

## **Intervenciones emocionales**

Las técnicas emocionales no son, la mayoría de las veces, reconocidas por los terapeutas familiares, aunque a lo mejor de una manera velada o sin darle un nombre, han sido utilizadas; Linares (1996), las conceptualiza como técnica de nutrición emocional. La utilización de esta herramienta inyecta a la familia de reconocimiento, valor de afecto y además tiene la ventaja de preparar el terreno directamente para compensar las carencias afectivas subyacentes en la narración sintomática.

La participación del terapeuta en la aplicación de técnicas de nutrición emocional, requiere una franca participación afectiva. Este debe darse permiso de emocionarse con la familia, claro, sin renunciar a un grado de control que le permita conducir la terapia.

Un análisis de la epistemología del terapeuta le permitirá conocer sus herramientas naturales y saber cuáles canales son más fáciles de trabajar, en cuál se siente más cómodo y qué cualidades habría que aprovechar.

Por ejemplo, las personas predominantemente concretas y prácticas, los sujetos de acción que más que decir, hacen, emplearán muy bien las prescripciones del comportamiento. Más aún, poseen la capacidad de manejar el lenguaje imperativo con sutileza y habilidad para convencer sin que el otro lo perciba.

Los que tienen la habilidad de preguntar, creativa y minuciosamente, deberán aprender la forma de los cuestionamientos circulares.

Existen personas que tienden a observar por lo general el lado positivo de las cosas, que logran extraer el beneficio de las peores situaciones realizando naturalmente brillantes reformulaciones, por lo tanto, serán muy creíbles sus connotaciones positivas en el espacio terapéutico.

## Teoría sistémica de Milán

A principios de los años setenta, el grupo de Milán, integrado por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, después de haber trabajado bajo la visión psicoanalítica (1967-1971), adoptó el «método de Palo Alto», un modelo sistémico influido por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, y Milton Erickson.

Esta escuela posteriormente evolucionó hacia otra dirección, lo bastante distinta para considerarse una escuela por méritos propios. En este primer período de actividades del grupo, que duró hasta 1975, la terapia se ofrecía siempre a toda la familia en la que se había presentado un problema, aunque éste fuese de uno solo de sus miembros (el paciente designado).

### **El uso de tecnologías aplicadas a psicoterapia**

Desde un principio, el grupo utilizó una manera muy especial y diferente de trabajo. Un espejo unidireccional separaba la sala de terapia de la sala de observación. También se encontraba un micrófono conectado a un sistema amplificador y con un sistema de video se grababa lo que acontecía en la sala de terapia. El equipo terapéutico se reunía normalmente antes de cada sesión (pre-sesión), para formular una hipótesis de trabajo a partir de la información recibida previamente, o sobre los datos obtenidos por teléfono con las primeras informaciones sobre los clientes; se trataba del primer encuentro. Después, una pareja de terapeutas daba inicio a la sesión mientras que el resto del equipo observaba tras el espejo. Tanto los terapeutas como el equipo de observación podían interrumpir la sesión; en ambos casos el terapeuta y el equipo se reunían brevemente en la sala de observación para tener un intercambio de ideas. Al final de la sesión, el terapeuta y el equipo se reunían durante un tiempo más largo, a veces incluso durante una hora, tiempo en el que el trabajo de equipo consistía en la formulación de una serie de hipótesis, que desembocaban en una

hipótesis sistémica que daba un sentido a los comportamientos observados, relacionados con el síntoma. Después, a partir de la hipótesis sistémica, se preparaba una intervención final, que podía consistir en una reformulación, una prescripción con una tarea que había que realizar en casa, o un ritual. Luego el terapeuta o la pareja de terapeutas tenían que explicar a la familia la intervención final.

### Conceptos básicos

El equipo de Milán se inspiró para su trabajo en el modelo sistémico y la cibernética de primer orden o cibernética de sistemas observados. Para ello era necesario un observador separado de la realidad observada. El equipo trataba de formular una hipótesis sistémica sobre la forma en que la familia se había organizado al manifestarse el síntoma o los síntomas; la hipótesis correspondía, por tanto, a lo que se definía como «juego familiar». El enemigo que debe atacar el clínico no es ningún miembro de la familia y ni siquiera la propia familia disfuncional sino lo que ellos llaman el «juego familiar» (Hoffman, 1986).

El equipo de Milán trabajó en sus inicios con familias que tenían miembros diagnosticados como esquizofrénicos. Le resultaba difícil al equipo establecer hipótesis que tuviesen sentido para todos los miembros del equipo. Como Bowen (1978), el grupo estudiaba los síntomas dentro de un juego de tres generaciones. Con respecto al juego familiar Boscolo y Bretanto (1996), refieren:

«En el juego, el paciente designado ocupaba una posición especial en la que se concentraba el máximo grado de disconformidad, con la consiguiente incertidumbre sobre la percepción de sí mismo y de los demás, sensación de insensatez y confusión» (p. 87).

Para la comprensión de los síntomas psicóticos era fundamental la teoría del doble vínculo (Bateson, D. Jackson y otros, 1956)

basada en las paradojas<sup>2</sup> resultantes de la confusión de los niveles lógicos, puesto que los considerados «locos», en ocasiones utilizaban metáforas concretizándolas, o lo literal lo metaforizaban.

El objetivo de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales dejando espacio a la aparición de comportamientos más funcionales. Tal objetivo se conseguía por medio de la connotación positiva de todos los comportamientos, fueran sintomáticos o no (reformulación paradójica), de la prescripción de rituales familiares, de la aplicación de hipótesis sistémicas, de las preguntas circulares, así como del uso del tiempo y de la neutralidad del terapeuta; todas ellas estrategias de intervención claves para la solución de problemas.

### **Técnicas empleadas**

Es importante hacer un breve análisis y describir las técnicas que dieron originalidad al grupo, y cuyo uso ha trascendido su aplicación en los diversos contextos clínicos y escuelas en psicoterapia.

*Connotación positiva:* Este recurso terapéutico aparece como uno de los más originales del grupo. Connotar positivamente al sistema o al paciente designado, es subrayar lo positivo en el sistema o en el comportamiento del paciente. Es pasar de una definición patológica de la familia a la activación de sus consecuencias. También es una manera de hacer una alianza con el sistema, requisito casi indispensable para la prescripción paradójica. Es poner en evidencia que el comportamiento del paciente designado no es solamente perjudicial sino que revela también recursos.

El terapeuta que utiliza esta técnica debe ser ético, pensar y hacer suyo lo que dice a la familia; los halagos pálidos no son eficaces a largo plazo. La connotación positiva también devuelve a la familia una imagen de sí misma que no es capaz de concebir, por

---

<sup>2</sup>Selvini, *et. al.* (1988). Define las intervenciones paradójicas en que se prescribe explícitamente el síntoma, o al menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo, manifestar preocupación por el hecho de que pueda desaparecer demasiado pronto, etc.

lo tanto hay que utilizarla como la primera herramienta que saquemos del bolsillo, no sólo como antesala de las prescripciones paradójicas (Ausloos, 1995).

*La hipótesis sistémica* se define como la utilización de una suposición no probada, aceptada a prueba como base de una investigación ulterior. Para que una hipótesis se considere sistémica debe tomar en cuenta los componentes del sistema analizado, y proponer una explicación de sus relaciones que no es verdadera ni falsa, sino sencillamente un medio para la investigación (Selvini, *et. al.*, 1983).

Esta herramienta permite al terapeuta sentirse seguro y mantener la coherencia que necesita para no perderse. Las hipótesis que realiza el terapeuta deben ser flexibles, dinámicas, deben evolucionar para evitar la trampa de las hipótesis verdaderas ya que esto provocaría rigidez en la intervención y daría término al proceso (Boscolo y Bretanto, 1996).

*Las preguntas circulares* se definían en la medida en que el terapeuta hacía preguntas a los miembros de la familia sobre los comportamientos de dos o más de sus componentes. Las preguntas circulares tienen también otra consecuencia importante: sitúan a cada miembro de la familia como observador de los pensamientos, emociones y comportamientos de otro; dicho de otra manera, crean en la terapia una comunidad de observadores.

La información obtenida con las preguntas circulares es recursiva. Tanto la familia como el terapeuta, mediante las preguntas, cambian constantemente su propia comprensión a partir de la información ofrecida por la otra parte. Las preguntas circulares contienen información sobre diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden cambiar la epistemología o las premisas personales y los postulados inconscientes de los diversos miembros de la familia.

Karl Tomm (1988), uno de los primeros estudiosos de las preguntas circulares, las ha clasificado en diversas categorías según sus objetivos y sus características y las ha dividido en preguntas

circulares informativas y preguntas circulares reflexivas. Las primeras, tienen principalmente el objetivo de recoger información; las segundas, provocar cambios. Una misma pregunta, dependiendo del momento en que se plantea, puede asumir un carácter informativo o reflexivo (Andersen, 1994).

Tanto las preguntas informativas como las reflexivas tienen una función análoga: investigar y poner de manifiesto diferencias y, por tanto relaciones.

Los terapeutas sistémicos se ocupan más de las preguntas sobre el futuro y las preguntas hipotéticas, porque de esa manera es más plausible que surjan nuevas orientaciones y nuevas decisiones (Palazzoli, Boscolo y otros 1980). Penn (1985), ha propuesto el término *feedforward* para indicar el proceso puesto en marcha por las preguntas referidas al futuro, es decir, a la construcción de nuevas posibilidades de relación que dan lugar a nuevos mapas.

Es posible dirigir preguntas hipotéticas también al pasado y al presente. Son las que introducen, mediante una lógica diferente, diversos mundos posibles. Por ejemplo, las preguntas hipotéticas relativas al pasado, introducen la posibilidad de un presente distinto del actual: *¿qué sucedería si el pasado hubiese sido distinto de cómo ha sido?*, *¿qué habría pasado si hubieran tomado la decisión de no tener hijos?*, *¿qué cambiaría de su situación de pareja?*, *¿cómo verías a tu esposa?*, *si se hubieran cambiado de ciudad, ¿cómo habría sido la relación con los suegros?*, etcétera. Después de una serie de preguntas de este tipo, se puede llevar a la vivencia o construcción de un modo distinto de vivir.

Las preguntas sobre el futuro, por el contrario, son preguntas abiertas, sin restricciones ni condicionamientos, excepto por las condiciones sociales imperantes. Son preguntas que exploran el horizonte temporal de sus miembros, del sistema y sus posibles diferencias. Ejemplos de estas preguntas serían: *¿cómo será su vida dentro de cinco años, si usted mantiene esta actitud?*, *¿qué cosas notará que contraste con su situación actual?*, *si permaneciera ese cambio en Luis, de contar la verdad, ¿qué cambios visualizan en la*

familia?, ¿cuándo creen que su hijo sea lo suficientemente maduro para poder vivir solo?, ¿cómo se visualizan ustedes como pareja, cuando sus hijos se independicen?, etc. Las preguntas tienen por tanto una doble función: exploran la capacidad de los clientes para proyectarse en el futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan para que vean la posibilidad de intervalos nuevos. Al respecto Penn (1995), opina:

«Desde un punto de vista práctico las preguntas sobre el futuro, unidas a la connotación positiva, promueven la práctica de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, favorecen el aprendizaje, anulan las ideas de predeterminación y se dirigen al modelo específico del cambio del sistema (...) en este momento se podría decir que la familia está en proceso de feedforward». (p.130).

Los Asociados de Milán describen la *neutralidad* como la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales (Hoffman, 1986).

Por ejemplo, en el curso de una sesión, el terapeuta, para no perder su propia espontaneidad y para evitar un bloqueo, puede ponerse a favor de una de las partes; pero después, con la ayuda de sus colegas que están detrás del espejo o, si se trabaja sólo, por medio de la reflexión en el intervalo entre una sesión y otra, puede conseguir de nuevo la neutralidad. La neutralidad también es una posición de curiosidad que favorece la aparición de diversas ideas y puntos de vista (Cecchin, 1987).

El desarrollo y la evolución de las teorías sistémicas ha traído consigo la revisión del concepto de neutralidad. Este concepto, tal como se comprendía en los años setenta por la cibernética de primer orden, suponía la separación entre observadores y observados. Al terapeuta le era posible colocarse al margen del sistema y dirigir el rumbo de los clientes. El cambio de paradigma en el cual hacía su aparición la cibernética de segundo orden, cambió la



situación. Es imposible la separación entre observador y observado; el sistema tiene que incluir las dos partes, por lo cual el terapeuta no puede ser realmente neutral; el hecho de formar parte del sistema le impide ser neutral respecto a sí mismo, a sus propios prejuicios, a sus propias ideas. Esto también atañe al equipo quien no puede dejar de verse condicionado por sus propias premisas (Boscolo, 1993).

*Usos del tiempo:* La actitud de los terapeutas hacia el tiempo ha tenido su propia evolución. Cuando a principios de los años sesenta, el primer grupo de Milán abandonó el modelo psicoanalítico y asumió el del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, se centró exclusivamente en el presente, a diferencia de lo que sucedía entonces en el modelo psicoanalítico, cuyo interés principal estaba en el pasado.

Cuando después de 1975 se introdujeron las preguntas circulares y el proceso de formulación de hipótesis, la dirección de la sesión resultó más complicada. Para formular una hipótesis había que preguntarse cómo se había organizado el sistema: sentir la curiosidad de descubrir de qué modo el sistema había encontrado, entre las muchas posibles, precisamente aquella organización que se tenía adelante en el aquí y ahora de la sesión. Los terapeutas apuntaban a observar dónde tenía su origen el tipo de relaciones observadas, se trataba de rastrear la lógica de la sucesión de las interacciones pasadas, valiéndose de una perspectiva transgeneracional. De ese modo se analizaba la continuidad entre pasado y presente (Boscolo y Bretanto, 1986).

El grupo se dio cuenta de que a veces se quedaba detenido en la hipótesis formulada sobre el juego de la familia en la primera sesión; y consideraba los logros de ésta como algo que se sumaba a la situación inicial. Fue necesario un tiempo para ver que la familia era la que se veía en el momento presente y no la del pasado, la de la primera sesión.

La duración de la terapia, tanto para el grupo de Milán como para cualquier otro modelo en psicoterapia, depende de la rela-

ción tiempo-teoría y tiempo-cambio. Por ejemplo, un terapeuta que maneja el modelo psicoanalítico, no esperará que su cliente tenga cambios en poco tiempo, pues su marco de referencia contradice este supuesto; así mismo, quien se somete a una terapia estratégica breve, tendrá expectativas de cambio inmediatas. Esto vale para el cliente y para el terapeuta. Un fenómeno interesante que podría denominarse casual, y que provocó en el grupo de Milán fijar su atención en el tiempo, fueron las respuestas que tenían las familias que no vivían en la ciudad ante la terapia, ya que éstas, por circunstancias geográficas, no podían acudir al centro con la misma regularidad con que asistían las demás familias. Para sorpresa del equipo, las familias que venían de lejos mostraban mejores resultados a la terapia, además de que la lejanía del tiempo entre una sesión y otra se ajustaba mejor a sus exigencias. Por lo tanto, decidieron planear las intervenciones terapéuticas a intervalos mensuales y llamaron a este estilo «terapias breves largas».

### **La disolución del grupo de Milán**

En 1979 el grupo de Milán se dividió. Selvini-Palazzoli y Prata dejaron el Centro para continuar su investigación sobre familias. Boscolo y Cecchin continuaron su propia investigación, que siguió un proceso distinto bajo la epistemología de la cibernética de segundo orden. Las investigaciones de Selvini y colaboradores basadas en la cibernética de primer orden, trataban de descubrir posibles organizaciones específicas (juegos), pertenecientes a síndromes específicos, como la anorexia o la psicosis. Después, en 1983, Mara Selvini y Ana María Sorrentino formaron un equipo para continuar la investigación sobre las tipologías familiares, cuyo resultado culminó con la publicación del libro *«Los Juegos Psicóticos de la Familia»*, en 1988. El contenido de esta publicación ha brindado a los investigadores sistémicos la posibilidad de entrar nuevamente al escabroso campo de la esquizofrenia, ya que desde la publicación del tan famoso artículo *«Hacia una teoría de la esquizofrenia»* (Bateson, et. al.) en 1956, el tema no había sido tratado de

una manera relevante por lo autores sistémicos y menos aún, la aplicación de un modelo terapéutico que resolviera los cuadros psicóticos.

Mara Selvini y colaboradores se valieron del apoyo empírico en una investigación que duró aproximadamente diez años, (Los Juegos Psicóticos de la Familia), en donde se abandonaban poco a poco los esquemas paradójales y su intervención se apuntaba hacia la experimentación de una estrategia prescriptiva. Esta herramienta se mostraba como un instrumento terapéutico y de información. La idea que subyace o que orientó la investigación sobre la psicosis, fue expresada por Selvini, *et. al.* (1990) en los siguientes términos:

«...los distintos trastornos mentales se corresponden con diferentes configuraciones de relaciones, de mitos, de valores, de patrones conductuales (secuencias) y de comunicación familiares que crean el contexto de aprendizaje a partir del cual aparece un síntoma». (p. 32).

A la estrategia de intervención que utilizó el equipo de Mara Selvini se le bautizó como prescripción invariable, cuyo efecto terapéutico consiste en el hecho de que la familia experimenta la demarcación irrevocable de sus propios límites como familia nuclear (Selvini, *et. al.* 1990). Al hacer la separación generacional, el terapeuta pone de relieve la reestructuración del sistema, poniendo a cada miembro de la familia en su rol, estableciendo límites y definiendo jerarquías.

El efecto de información tiene que ver con las reacciones inmediatas que genera la prescripción, por ejemplo: ¿cuáles fueron los comentarios?, ¿quién se molestó?, si en ausencia de los excluidos parecen estar más a gusto o más bloqueados, más comunicativos o más reticentes. Durante toda la sesión el terapeuta se atendrá a la mayor neutralidad, evitando con cuidado cualquier crítica.

Boscolo y Cecchin, separados ya del grupo de Milán, se enlistan a las filas de la cibernética de segundo orden. Pasaron, de la inves-

tigación sobre la terapia, a la investigación sobre formación en terapia. Este nuevo equipo de trabajo se vio influido por las ideas de Humberto Maturana, Heinz Von Foerster y Ernst Von Glasersfeld. Maturana puso en un lugar central al observador: «todo lo que se dice es un observador quien lo dice» (Maturana y Varela, 1980). Von Foerster introdujo el concepto de cibernética de segundo orden: el observador entra en participación con lo observado, de manera que observador y observado no se pueden separar. Finalmente, Von Glasersfeld abrió camino a los conceptos del constructivismo radical.

La nueva espistemología abrazada por Boscolo y Cecchin, tuvo como consecuencia la superación del marco de familia, para abarcar una gama más amplia de sistemas humanos en interacción. Ya no se pensaba en la familia como una máquina homeostática que el terapeuta debía conocer para después reparar. Se comenzó a prestar mayor atención a lo que sucedía en la sesión: al intercambio de informaciones, emociones y significados entre terapeutas y clientes; es decir, más al proceso terapéutico que a la intervención final.

A la luz de estas nuevas reflexiones el método de trabajo del grupo experimentó un nuevo cambio (Boscolo y Cecchin, 1987). Terapeuta y equipo dejaron de tener en cuenta sólo al sistema formado por la familia que se presentaba en las sesiones y comenzaron a formular hipótesis sobre el sistema significativo relacionado con el problema presentado. El sistema significativo lo definen como el sistema de relaciones entre las personas implicadas en el problema presentado. Por definición incluye al paciente designado y puede abarcar a los miembros de la familia nuclear, a las familias de origen (incluidos los difuntos más importantes), la escuela, el trabajo y, sobre todo, a los profesionales, a los expertos y a los servicios sociales y sanitarios que hayan podido entrar en contacto con el paciente. Obviamente que el sistema significativo también incluye al terapeuta.

Esta nueva manera de trabajar con familias plantea esquemas de intervención macrosistémicas, e implica la formulación de hipótesis pluridimensionales que involucran a todo el sistema significativo y que por supuesto son más profundas.

## Enfoque centrado en las soluciones

Como se ha señalado en los capítulos anteriores la terapia familiar ha evolucionado hacia formas de intervenir novedosas. Cuando surge la terapia familiar el análisis de las historias pasadas, y el origen de los problemas tenían una importancia significativa para el terapeuta, a partir de 1990 y hasta la actualidad, se centra también en la solución hacia el futuro. La propuesta del enfoque centrado en las soluciones será obtener imágenes de la familia en el tiempo, es decir antes de que se presente el problema y después de solucionado el mismo.

### Los orígenes

El grupo inicial que conformó el enfoque centrado en soluciones, está constituido por Steve de Shazer, quien había trabajado anteriormente en el MRI, y dedicaba todo su tiempo a la investigación y a la teoría, así como Insoo Berg, quien enfatizó sus esfuerzos en preparar terapeutas. Michel Weiner-Davis miembro del Instituto de Milwaukee (cuna del movimiento), se preparó posteriormente para fundar su propia institución en Woodstock, Nueva York, también enfocado a la terapia breve.

La influencia de Milton Erickson ha sido fundamental inspirando las estrategias que parten de este modelo, rebelándose ante la ortodoxia de los modelos clásicos en psicoterapia. Erickson consideraba que lo que los pacientes buscaban al acudir a terapia eran soluciones y no explicaciones a lo que les acontecía; él decía que la mayoría de los modelos terapéuticos tienen muchas patologías pero pocas soluciones.

### **Premisas que acompañan el enfoque**

William Hudson O'Hanlon y Weiner-Davis, en relación con la terapia enfocada a las soluciones apuntaron: «Los límites que las personas atribuyen a su comportamiento restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar sus problemas. Si los métodos no llegan a ofrecer soluciones satisfactorias, el significado de su comportamiento no es cuestionado, buscándose nuevas soluciones hasta resolver éstos» (O'Hanlon, 1994).

La terapia orientada a las soluciones toma una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; ellos asumen que el cliente quiere cambiar. Desde esta perspectiva muere el concepto de resistencia, cuando la familia no sigue los lineamientos del terapeuta para cooperar, la familia le indicará al terapeuta la mejor forma de ayudarlos.

La mayoría de los esfuerzos del terapeuta será trabajar sobre la solución del problema o problemas, los que se toman sin analizar la etiología de estos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). En este tipo de terapia no existe un tipo de familia normal, sino que se acepta todo tipo de estructura. La terapia centrada en las soluciones toma de constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. El terapeuta solo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presentan sus clientes y no deberá creer que existe una sola correcta y válida forma de vivir la vida (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

### **Técnicas utilizadas**

El terapeuta que trabaja bajo este enfoque ve en el paciente recursos y no déficit, los mismos que pueden aprovechar en terapia como mecanismo de cambio. Erickson fue el primer terapeuta en utilizar las técnicas enfocadas a soluciones, a través de la hipnosis, técnica que llamó pseudo-orientación en el tiempo, y que más tarde Steve de Shazer denominó «*técnica de la bola de cristal*». Con sus técnicas de hipnosis, Erickson llevaba a sus pacientes hacia el

futuro y al pasado cuando no existía el problema (lo que más tarde se convirtió en la pregunta milagrosa y la pregunta de excepción); cuando se dirigía al futuro donde se veía sin el problema, les preguntaba cómo se observaba sin el problema, y cómo lo habían resuelto. Erickson no actuaba como un fiscal sino como un abogado defensor tratando de buscar el lado bueno y positivo del paciente, con el fin de salvarlo de la sentencia final de psicopatología.

Tanto de Shazer como sus colegas dan a sus clientes las mismas indicaciones llamadas «*formula para la tarea*», encontrando que alguno de estos señalamientos corresponden a fórmulas universales; por ejemplo en la primera sesión se pide a la familia que observe qué es lo que sucede en su vida y relaciones que quiere que cambie; encontrando que al no compararlos con parámetros normales de familia les ayuda a reorientar las conductas de sus clientes y aceptarlas positivamente, también encontraron que el cambio de perspectiva parece crear una mejor y positiva imagen que se refleja en una conducta más exitosa para enfrentar el mundo exterior. A partir de la creencia de que no se necesita saber de la personalidad, ni de origen del problema por los cuales asisten a terapia, desarrollan dos postulados para la terapia enfocada en las soluciones que son *la pregunta milagrosa* y *la pregunta de excepción*.

*La pregunta milagrosa* se plantea de la siguiente manera: «supón que una noche, mientras duermes, se da un milagro y este problema se resolviera, ¿cómo te darías cuenta?, ¿qué sería diferente? (de Shazer, 1988). Esta pregunta parece activar el proceso para resolver los problemas en las personas dándoles una visión más clara de sus objetivos.

*La pregunta de excepción* distingue sucesos en donde el problema no aparece, situaciones en donde el cliente ha podido ser competente y resolver conflictos desafiando las limitaciones que narra en el presente. Este tipo de preguntas lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en detrimento al futuro, haciéndolas centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen

o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Las competencias del cliente se evidencian en el tiempo, se reencuadra su actuación en el pasado y se dibuja un futuro donde el problema no aparece, o está tan disminuido que no resulta alarmante para la vida del cliente. Ejemplos de estas preguntas son: ¿cómo va a ser la relación con tu madre cuando el problema haya desaparecido?, ¿quién se sorprendía cuando tu reaccionabas de manera diferente ante los problemas?, ¿cómo te vas a dar cuenta de que el problema ya no acompaña tu vida?, ¿cuál es la primera acción que vas a realizar a tu favor, ahora que has vencido al problema?

El terapeuta es un público que puede ofrecer excepciones al cliente. Algunos clientes se les dificulta reconocer que han sido capaces, que tienen recursos, en esos casos el terapeuta puede hacer evidente sus competencias, señalando aquellas actuaciones que el cliente no reconoce y se desarrollan dentro de la sesión terapéutica; White (1993), denomina a esta manera de proceder reconocimiento de eventos extraordinarios presentes, localizados en el desarrollo de una sesión terapéutica. El Cliente no puede huir de la realidad que se está gestando en el presente, es inevitable el cambio.

La terapia centrada en la solución se ofrece en un tiempo breve, se coincide desde este enfoque que más tiempo en terapia no es necesariamente sinónimo de salud. Además el énfasis en cambios espectaculares no es su prioridad; se retoma el postulado de Bateson de que sólo se necesita un pequeño cambio, el cual funciona como detonador o avalancha para provocar cambios mayores.

## Enfoque narrativo

Gilberto Limón Arce (1997) concluye que la mayoría de las teorías terapéuticas, independientemente de su eficacia, tienen una narrativa o conceptualización a priori, lo que las constituye en un sistema de comprensión cerrado que suele impedir otras interpre-



taciones y, por lo mismo, las alternativas de vida están prematuramente truncadas por los límites restringidos de dicha conceptualización, además de que éstas siempre se mantienen al margen de las particularidades históricas y sociales que las contextualiza como perspectivas.

### **Los relatos, las historias y los discursos**

Al margen de la desconstrucción y la narrativa como medios terapéuticos, sus principales exponentes: White y Epston (1993), Gergen (1992), Lynn Hoffman (1992), Anderson y Goolishian (1992) y Sluzki (1998), sostienen la creencia de que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y se cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado o estable. El desarrollo de una narración, de un relato, es algo que hacemos conjuntamente con otras personas; es el proceso de definir quiénes somos, en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Las posibilidades económicas, políticas y sociales fijan los límites de nuestras narraciones; nuestro poder de elección no es limitado sino que se da dentro de determinados contextos.

Bruner (1988) sostenía que todo relato es una imposición arbitraria de significados al fluir de la memoria porque destacamos ciertas causas y desestimamos otras; es decir, todo relato es interpretativo. Epston, White y Muria (1992) consideran el papel fundamental que desempeñan los relatos en relación con la organización de la experiencia, y argumentan que:

1. Estos relatos son los que determinan la forma de expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.
2. Estos relatos son los que determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones.

Los relatos son indefinidos; en todas las historias hay cierto grado de ambigüedad e incertidumbre, como también ciertas incoherencias y contradicciones. Por ejemplo, al leer una novela interesante y al ver la película realizada sobre la misma, vemos

que el director de la película llegó a una interpretación diferente del relato, a través de su particular incorporación a la definición de la historia.

La evolución de sus vidas y las relaciones de las personas se asemejan al proceso de escritura, al proceso que atraviesan las personas al entrar a las historias con toda su experiencia y su imaginación, y al proceso de adueñarse de esas historias y hacerlas propias.

Estos autores centran su atención en el análisis e intervención del discurso familiar. La familia, vista como relatadora de historias, los conduce al trabajo de Foucault, (Cit. Raúl Medina, 2001), quien cree que un dominio de conocimientos es un dominio de poder y que un dominio de poder es un dominio de conocimientos. La contribución de este autor consiste básicamente en denunciar cómo se intenta vender una historia unificadora sobre el pensamiento convirtiéndose en el discurso dominante que impone conocimiento, práctica social y poder.

La idea de que el significado que las personas atribuyen a su experiencia es lo que les determina sus vidas (White, 1992), ha entusiasmado a los científicos sociales a estudiar la naturaleza de los marcos que facilitan la interpretación de la experiencia. Muchos de estos científicos sociales han propuesto la idea de que es el relato o la narración o la historia lo que suministra el marco primario a la interpretación; que es por obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las de los demás al encontrar sentido de su experiencia.

La metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias; que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida. Las historias contadas contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida y rara vez abarcan todas las experiencias que el individuo vive de una manera total.

## **El proceso de desconstruir y reconstruir una historia**

Para reconstruir la historia de la familia White y Epston (1993) distinguen entre experiencia vivida y experiencia narrada; la primera la definen como todas las circunstancias que suceden en torno a la familia, y la segunda, es el relato que cuentan sobre dicha experiencia, siendo el objetivo de la terapia la desconstrucción de los relatos dominantes que agobian la vida de la persona, por otros alternativos que dan opción de narrar, y por lo tanto vivir su historia de una manera diferente.

Michael White (1994) describe cómo la desconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas; esas llamadas verdades divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción; ésas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y ésas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas.

La desconstrucción en la práctica terapéutica se da en varios sentidos:

- La desconstrucción de los relatos del yo y los conceptos culturales dominantes de conformidad con los cuales viven las personas.
- La desconstrucción de prácticas del yo y de su relación, prácticas que son predominantemente culturales.
- La desconstrucción de las prácticas discursivas de nuestra cultura.
- Intervención terapéutica.

Para poder desconstruir un relato White (1994) propone la externalización del problema, es decir, objetivarlo, llevando a las personas a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas. Al externalizar conversaciones alienta a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales de conformidad con los que vive; esos conocimientos e historias que guían sus vidas y sus relaciones.

Este proceso de externalización se inicia alentando a las personas a descubrir la influencia que tiene el problema en sus vidas y relaciones, y la influencia de ellos en la vida del problema. A medida que el problema empieza a ser externalizado, deja de ser una entidad inherente a la persona, empieza a haber una separación entre el problema y el sujeto. En este espacio establecido por esa separación, las personas quedan en libertad de explorar otras ideas preferidas sobre lo que ellas mismas podrían ser, otros conceptos preferidos que las personas podrían incorporar a sus vidas (White, 1994).

¿Cómo se generan los significados alternativos y cómo cobran nueva vida? A medida que las personas se separan de las historias dominantes o totalizadoras que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Son varios los métodos terapéuticos que utilizan estos autores para conseguir que se incorporen relatos alternativos en la historia dominante, de los cuales destacan los siguientes:

*Las preguntas de influencia relativa*, incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia:

- La primera es una descripción de la influencia que el problema tiene en las vidas y relaciones de los miembros de la familia.
- La segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia tienen en la persistencia del problema mismo.

*Las preguntas que incitan a los miembros de la familia a reparar en logros aislados*. Estas preguntas los desconciertan por las contradicciones inherentes a ellas y porque descubren lagunas en el conocimiento que tienen de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Para situar el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de sucesos, se hacen preguntas que ayuden a los miembros de la familia a localizarlo en el tiempo y el espacio; cuando el logro ais-

lado se estructura dentro del contexto de un proceso o de un cambio, surge una explicación de los hechos en una determinada dirección.

Ya identificados estos logros el terapeuta puede facilitar la generación de historias alternativas, por ejemplo: ¿cuénteme de las ocasiones en que el problema no ha estado presente en su vida?, y si lo estuvo, ¿cómo se pudo resistir a la influencia de éste?, ¿dónde, cuándo y quiénes participaron en la conformación del relato?, ¿cómo se visualiza después de haber actuado de una manera diferente?, ¿cómo cree que lo ven los demás ahora?, ¿qué conductas diferentes realizó en la ocasión en que pudo vencer el problema?, ¿qué cree que puede ser capaz de hacer ahora, teniendo un concepto diferente de sí mismo?, ¿cómo se dirigirán ahora con usted las personas que lo aprecian, llevando a la práctica lo que acaba de descubrir?, etc.

Cuando existe dificultad para encontrar relatos alternativos, otra manera de lograr este fin es el *reclutamiento de personas externas*, como otros miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo y escuela con el fin de externalizar el problema y apartarnos de los relatos dominantes. Incluso el mismo proceso terapéutico puede ser un medio para recuperar este tipo de información. Si por ejemplo llega un niño, cuya etiqueta previa es de síndrome de déficit de atención e hiperactividad, y sucede que en la sesión el niño no se mueve de su lugar y responde a todas las preguntas elaboradas por el terapeuta y, además, participa y se involucra en el proceso, desde ese momento ese niño puede parecer un total desconocido para los padres, surgiendo así el logro aislado necesario para empezar a desconstruir el relato dominante en relación a la conducta «delictiva» del niño. El terapeuta pudiera hacer observaciones como las siguientes: «Me doy cuenta que «Jaime», ha respondido a todas mis preguntas y, aún más, lo noto muy interesado en nuestras conversaciones, ¿lo han notado ustedes?, ¿les recuerda algún acontecimiento en donde se haya presentado un comportamiento semejante?, ¿qué creen que provocó este cambio

de actitud en su hijo?; ¿cómo pudo resistirse a la influencia del mal hábito de moverse demasiado?; ¿me puedes decir Jaime, quién domina ahora la situación?, si lo pudiste vencer ahora, en un futuro, ¿lo volverás a intentar?»; etc.

Otra aportación significativa de los trabajos de White y Epston, fue la cantidad de formas de escritura que se puede aplicar en la terapia para enriquecerla, como son: las cartas, invitaciones, predicciones, declaraciones, los resúmenes de sesiones, certificados, agradecimientos y otros.

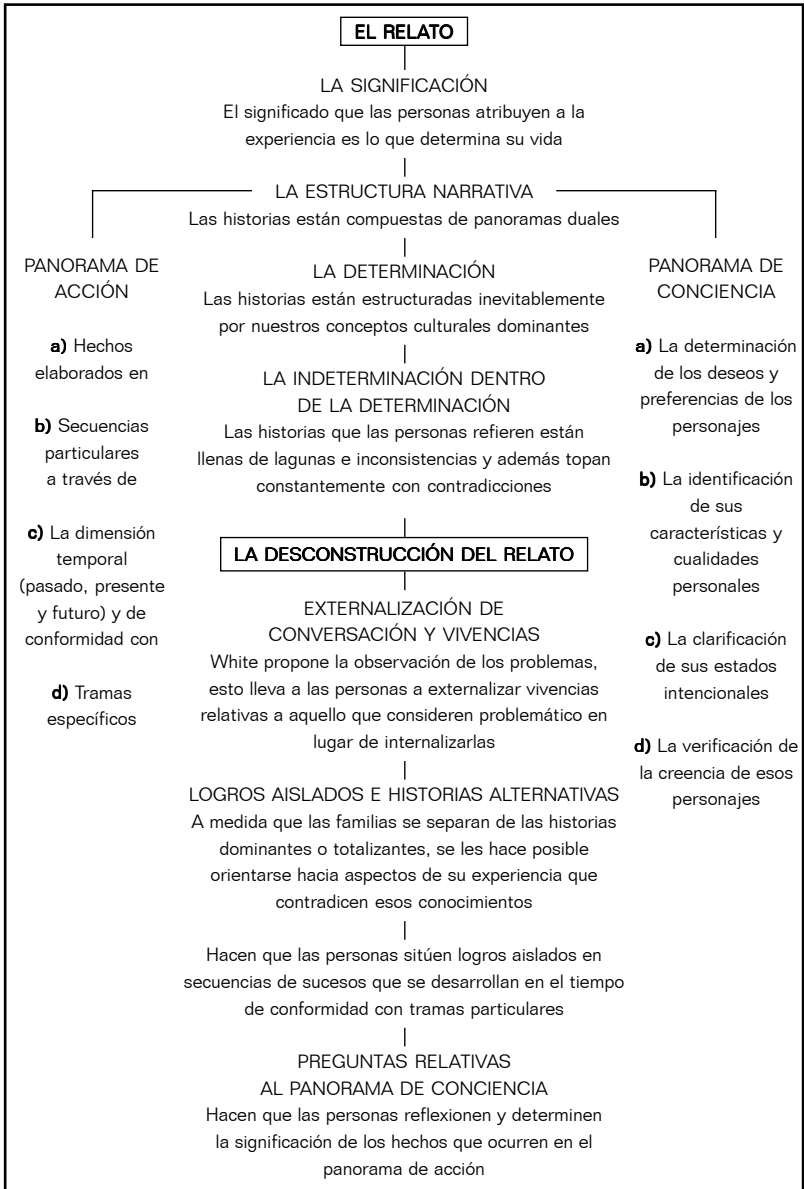
Esta forma de hacer terapia también se denomina *historia de mérito literario* (White, 1994), que corresponde a la forma de una terapia que hace manifestar logros aislados, redescripciones y posibilidades únicas.

Los documentos terapéuticos escritos por el terapeuta o la persona, se convierten en expresiones y recordatorios del progreso, los descubrimientos y las nuevas expectativas. Pueden afianzar el cambio o éxito. Uno de sus resultados parece ser la reducción del número de sesiones necesarias para concluir la terapia (Payne, 2002).

La terapia narrativa sin duda es un modelo que sugiere formas novedosas, eficientes y eficaces para realizar la psicoterapia, entender la naturaleza de si mismo, la patología y la relación terapéutica. Sin duda este enfoque es para terapeutas que le confieren a la historia y la narración el poder en el mantenimiento del problema, pero también la magia del cambio.

### Esquema 3

Aplicación clínica del modelo de Michael White



## V. Antecedentes de la investigación en Terapia Familiar

### Modelos ajenos a la Terapia Familiar

La investigación científica sobre el proceso terapéutico es reciente (poco más de treinta años) así como el interés por sistematizar el curso de los tratamientos. Tales intentos derivan de estudios narrativos de casos clínicos que pretendían sistematizar su exposición y contrastar algunas hipótesis clínicas. A la vez los nuevos métodos de registro (audio y video) fueron generando instrumentos de medida para estudiar la comunicación verbal y no verbal en el seno de la sesión terapéutica.

A partir del marco de la psicoterapia centrada en el cliente, durante la década de los años sesenta se desarrollan los primeros instrumentos para medir las condiciones necesarias y suficientes propuestas por Rogers para el éxito de la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993). A mediados de los años sesenta apareció el primer manual dedicado a la investigación científica sobre el proceso terapéutico, y de un modo casi enciclopédico recoge los métodos y la experiencia investigadora desarrollada en el área hasta principios de los años setenta. Greenberg (1986), innova en el ámbito de la investigación de procesos con su obra «*El proceso terapéutico, un manual de investigación*»; su investigación se centra en los procesos de cambio producidos por el tratamiento psicológico. Tam-



bién realiza minuciosas observaciones sobre las emociones y sus efectos en los eventos de cambio en terapia, distinguiendo episodios, discursos y relaciones como tres niveles que el investigador debe evaluar para valorar el éxito terapéutico. Los enfoques cognitivos constructivistas se han destacado por el nivel de sistematización de su práctica. Por lo general cada terapia cuenta con una obra clásica (p. ej., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta.

## La Terapia Familiar Sistémica

En el enfoque sistémico en particular, existen una diversidad de procedimientos que han sido foco de atención en la investigación y la práctica de la terapia familiar. Aunque los terapeutas familiares utilizan el sistema como metáfora relacional, al mismo tiempo se distinguen unos de otros por la manera de provocar los «cómo relacional» del éxito terapéutico. Sin embargo, independientemente de los caminos que utilicen para alcanzarlo (principio de equifinalidad), coinciden en definir *el éxito terapéutico* cuando se ha resuelto la demanda del cliente, previamente bien definida en un objetivo a alcanzar.

En sus orígenes, la terapia familiar tomó la metáfora de la interacción como premisa base que explicaría los fenómenos sociales más complejos. Este modelo se instaló para que en la investigación de procesos se siguiera una lógica semejante, desviando el foco de interés que en principio ocupaba la familia, hacia la interacción que se gestaba entre terapeuta y cliente y, de esa manera, se accedía a la comprensión de la realidad clínica, lo que hoy se conoce como contexto terapéutico. Este mismo enfoque y metodología los llevó a utilizar una serie de técnicas e instrumentos que permitía observar tal contexto terapéutico, específicamente

el uso de tecnologías como la cámara de video y Gessel. Estas tecnologías utilizadas en terapia familiar aunadas a los debates que se suscitaron sobre la ciencia llevaron a una evolución del enfoque sistémico hacia el constructivismo y construccionismo social. El supuesto que sostiene a esta epistemología era que la realidad es construida socialmente y se da en los usos del lenguaje, por lo que condujo al terapeuta a verse como parte activa de la construcción, no solo de los cambios sino de la misma realidad «sintomática». No se podía intervenir pensándose como un observador externo y neutral. (Anderson y Goolishian, 1988; Gergen, 1990; Glasersfeld, 1988; Hoffman, 1992; Sluzki, 1998; Boscolo y Bertrano, 1996; White, 1993; Gehart-Brooks y Lyle, 2000). Bajo la lupa de algunos construccionistas, las acciones del terapeuta y cliente quedaban desprovistas de un significado estable y sólo podían ser interpretadas en el curso de las interacciones.

## Más allá de la Terapia Familiar

Las investigaciones que surgieron a raíz de este modelo de conocimiento, distinguían a los individuos, y por ende a los problemas psicológicos o síntomas como una construcción dialógica. Así los problemas humanos, objeto de la psicoterapia se consideraban contruidos en forma de discurso narrativo (Medina, 2001). Son varios los clínicos aplicados que trabajan en esta dirección, de los cuales destacan: Andersen (1994), Chequin (1992), White y Epston (1993), Woolley, Butler y Wampler (2000), Sell, Smith, Sprenkle (1995); Kogan y Bronze (1998); Brigham y Harvey (1999) y Hare Mustin, (1994). Estos terapeutas han conjugado la teoría, la práctica y la investigación del proceso de la psicoterapia valiéndose de metodologías cualitativas, como la etnografía y el análisis del discurso, accediendo a los significados inherentes de los usos del lenguaje que se gesta en terapia (principal objeto de investigación). También han recurrido a la sistematización inductiva orien-

tada hacia la definición de aseveraciones generales sobre cómo los clientes han construido su realidad clínica sintomática.

Los terapeutas que se incorporaron a las filas construccionistas requerían de competencias que los llevarían a descubrir las narrativas que sostenían el discurso problemático del cliente. En términos generales dentro de la terapia familiar implicó evaluar cuál era el problema de la familia y la meta de la terapia, las creencias de la familia con respecto al problema y la fase del ciclo vital en el cual aparecía éste, así como la identificación de alianzas y coaliciones entre miembros del sistema familiar. (Botella y Feixas, 1998; Haley 1976; Nardone y Watzlawick, 1999; Ceberio, 2000; Madanes 1981; Sluzki 1992; Fruggeri 1992).

La connotación positiva del síntoma, la redefinición o reestructuración del problema, se popularizó entre los clínicos por los efectos que provocaba en los clientes al hacer evidentes sus competencias, ya que se devolvía a los clientes una imagen de sí mismos que no eran capaces de percibir. Esta manera de intervenir significaba decodificar la realidad sin modificar las estructuras de sentido sobre las cosas. No se producía un cambio en el valor semántico de lo que la persona expresaba, sino que se modificaban los marcos en los cuales el significado se insertaba (Nardone y Watzlawick, 1992; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino 1990; Ausloos, 1995). La utilización de estas técnicas se sugería como una condición previa para las prescripciones post-sesión (tareas), que incluían en muchos de los casos indicaciones paradójicas, induciendo a romper la conducta problemática dentro del proceso cibernético de feedback del que formaba parte. El uso de las prescripciones facilitaba a los clientes actuar en espacios vitales a los que el terapeuta no podía acceder, en otras palabras intervenía sobre la ecología del paciente (Selvini-Palazzoli, *et. al.*, 1986).

El uso de las preguntas circulares y el equipo reflexivo se convirtieron en uno de los medios principales que permitían al terapeuta acceder a los significados de la vivencia del cliente. El impacto que generó su uso en la desconstrucción de las figuras que

dominan el discurso, ha sido estudiada ampliamente por su poder terapéutico, y su incidencia en la formación de la *alianza terapéutica*, categoría que merece primacía en las investigaciones desde distintos enfoques terapéuticos. Este instrumento desviaba el foco de atención concentrado en un punto, para pasar de una historia monolítica a una historia con múltiples definiciones. También proporcionó un mapa de la red de significados, los personajes, los escenarios y los guiones que acompañaban las historias que se contaban en terapia. La capacidad y habilidad de realizar preguntas circulares, en una modalidad reflexiva, o hipotética permitió a los terapeutas avanzar en la consolidación de los fines terapéuticos. Incluso esta herramienta ha sido denominada por muchos autores como el arma más poderosa para provocar el cambio. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980; Andersen, 1994; Boscolo y Bertrando, 1996; Ryan y Carr, 2001).

Sin embargo no era suficiente que el terapeuta reconociera el mapa relacional y los significados con respecto a la vivencia del cliente, la mejor manera de dar voz a las nuevas narrativas era que provinieran de su propia seno. En este sentido se utilizaron formas de conducción de la conversación terapéutica como centrarse en las soluciones, la externalización del problema y la exploración detallada de acontecimientos extraordinarios (White y Epston, 1993; White, 1994; de Shazer, 1986; Hudson O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Para reconstruir la historia, estos autores distinguieron entre experiencia vivida y experiencia narrada. La primera se compone de relatos dominantes y alternativos. Los relatos dominantes son los que tienen estatus de verdad y conforman el poder, constituyéndose en una realidad que norma la conducta. Por su parte, los relatos alternativos (excepciones), son las experiencias no contadas. Un punto fundamental en la psicoterapia fue buscar dichos acontecimientos extraordinarios y logros aislados para ampliar la historia que contaban los clientes, validarla e instalarla en su vida, a fin de crear nuevas posibilidades de ver y vivir la expe-

riencia de otra manera y con ello impactar en su vida en el presente y futuro.

Por último, cabe destacar que dentro de la investigación de procesos, la etapa de finalización y reconocimientos de méritos del cliente coincide con la *reflexividad*. Este logro se observa cuando los clientes toman conciencia de hasta qué punto han sido capaces de reavivar los procesos discursivos de atribución de significado de la experiencia; hasta qué punto han identificado y modificado los intentos de solución que mantenían el problema, dado que ello contribuye a externalizar su capacidad de cambio y los factores que han favorecido a ella, manifestándose en los ámbitos pragmáticos, cognitivos y emocionales. (Sluzki, 1992; Linares, 1996; Kenney, 1995).

## VI. La investigación ligada a la intervención: propuesta de un modelo de supervisión y formación clínica para terapeutas familiares

### Planteamiento del problema

En sus inicios la terapia familiar estuvo muy estrechamente vinculada a la investigación. En los años cincuenta un grupo pionero conformado por el antropólogo Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley y Willam Fry iniciaron estudiando las paradojas de la comunicación, cuyos resultados se vieron plasmados en el primer artículo, llamado «*Hacia una teoría de la esquizofrenia*» (1962), en donde se plantea la dinámica del doble vínculo, que posteriormente sirvió para diseñar intervenciones en el trabajo con familias donde había un miembro esquizofrénico. También la obra de Watzlawick, Beavin y D. Jackson (1967) «*Teoría de la comunicación humana*», sintetizó años de intervención de un nuevo modelo de conocimiento. Nació así la llamada terapia familiar, en honor a la ruptura del trabajo individual con el paciente que proponía el Psicoanálisis y la Psiquiatría. Emergieron junto con esa nueva modalidad de intervenir tecnologías utilizadas en la psicoterapia (uso del equipo unidireccional, grabación de las sesiones), que permitían la observación y el estudio sistematizado del proceso terapéutico, antes restringido a la sala de terapia, lo que supuso una gran innovación formativa con excelentes resultados (Feixas, 1990). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por evitar la separación en-

tre terapia e investigación, ésta se produjo, debido a la escasez de resultados claros aportados por el movimiento de investigación de la interacción familiar, y ocurrió un progresivo desinterés por la investigación, (Gutiérrez y Escudero, 1993).

En la actualidad, la aspiración inicial de conjuntar investigación y práctica terapéutica sigue viva y el cuerpo de investigación realizada en esta década empieza a ser muy notable. (Orlinsky 2001; Roberts y Orlinsky, 2001; Sell, Smith, Coe, Yoshioka y Robins, 1994), reconocen cada vez más como esencial para la comprensión de las predicciones y el éxito terapéutico, investigar (1) qué es lo realmente terapéutico de la psicoterapia y (2) cómo y por qué ocurren los cambios. Así mismo los clínicos sistémicos han identificado como una necesidad urgente la investigación de las conductas del terapeuta y cliente que generan cambios drásticos en el comportamiento, (Wolley, Butler y Wampler, 2000). Otros autores justifican esta propuesta con base en que la investigación de procesos en psicoterapia presentan huecos enormes entre la teoría, investigación y práctica (Liddle, 1991), lo que ha provocado un cisma entre la literatura ofrecida por los investigadores a los clínicos practicantes y la operacionalización de los métodos terapéuticos.

La idea de que los terapeutas deben ser responsables de supervisar su propia práctica, no es solamente una cuestión de principios. La identificación de la construcción<sup>3</sup> en torno al proceso terapéutico surge como una responsabilidad que es científica y al mismo tiempo ética y social (Fruggeri, 1992; White, 1994). Puntualizar los criterios que permitan evaluar la práctica del terapeuta, contribuye a esclarecer las competencias necesarias que cumplan esos mismos criterios vinculados al éxito terapéutico. Ceberio (2000) comenta al respecto:

---

<sup>3</sup> Atribución de significado de la experiencia en colaboración con los otros, a partir de las creencias, valores, historia y cultura de quien la describe.

«Analizar el estilo de hacer terapia, generará en el profesional, la posibilidad de seleccionar aquellas pautas que le hagan sentir más cómodo para trabajar, revisando los recursos genuinos y naturales con los que cuenta, patrimonio de su estilo de personalidad que se traduce en herramientas en la psicoterapia. Por otra parte le permitirá desarrollar aquellas técnicas que no corresponden a sus características para de esa manera, ampliar su gama de posibilidades de intervención» (p. 3).

A diferencia de la literatura conductista, humanista o cognoscitivista, en donde se ofrecen manuales exponiendo los procedimientos y la operacionalización de los conceptos teóricos lo cual representa una ventaja para la formación, en el enfoque sistémico se desconocen estos métodos. Esto tiene un fundamento epistemológico, ya que en la teoría sistémica se visualizan los fenómenos en un nivel de complejidad comparable al que poseen nuestras relaciones interpersonales cotidianas, y su complejidad implica que cada situación que se presenta como problema tiene una historia particular, y por lo tanto un tratamiento específico. Sin embargo, es muy importante contar con instrumentos que orienten la práctica científica del terapeuta familiar, sin violentar sus fundamentos epistemológicos.

En la actualidad las investigaciones que se han realizado y que incluyen al terapeuta como variable en los estudios de efectividad de la psicoterapia, se han enfocado a estudiar principalmente características como: edad, sexo, raza, experiencia y formación, personalidad, bienestar emocional y valores del terapeuta, pero no se ha abordado específicamente la determinación y la descripción de las competencias<sup>4</sup> del terapeuta en el uso de técnicas y estrategias en el logro del éxito terapéutico. Tampoco van dirigi-

---

<sup>4</sup>Feixas y Miró (1993) definen la competencia del terapeuta como la habilidad o adecuación con la que el terapeuta aplica los procedimientos terapéuticos.



das al establecimiento de un método didáctico para la formación y supervisión de terapeutas. Al respecto, Albuérne (2000) menciona lo siguiente:

«Existen pocos datos acerca de investigaciones y seguimientos sobre el proceso o resultado de la formación en psicoterapia familiar. La dificultad para valorar los procesos formativos nos lleva a plantear o a replantear la necesidad de aspectos metodológicos para realizarlos. La problemática en torno al entrenamiento en psicoterapia familiar y la escasez de investigaciones publicadas nos sitúa ante una realidad: se ha escrito mucho sobre psicoterapia relacional sistémica, pero existen pocas investigaciones cuantitativas y cualitativas, así como también pocos modelos de formación y adiestramiento en la práctica clínica de la psicoterapia en relación al número de escuelas, institutos y universidades que ofrecen programas formativos a profesionistas deseosos de aprender la psicoterapia relacional sistémica» (p. 184).

Como se puede observar el panorama actual de la investigación de procesos en terapia sistémica arroja tenues luces para el desarrollo modelos de formación, principalmente en nuestro contexto. Sobre estas limitaciones surge el proyecto de implementar e innovar con un modelo para la formación de terapeutas, teniendo como escenario el Centro Especializado de Estudios para la Familia (CEEFAM), Adscrito al Departamento de Psicología y Comunicación del Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara.

Las actividades que se realizan en el CEEFAM están orientadas hacia la investigación de distintas problemáticas de carácter psicosocial que se presentan en la región, así como la investigación y la enseñanza de la Terapia Familiar Sistémica. En el año de 1996 alberga la Maestría en Terapia Familiar y para el año 1998 se suma la Licenciatura en Psicología. El centro actualmente cuenta con una sala de terapia, dotada de un espejo unidireccional, equipo de grabación y video que se conecta al área de enseñanza. Los equi-

pos de trabajo se componen de uno o dos terapeutas en el consultorio del cliente y detrás del espejo se encuentran los docentes y alumnos (equipo de supervisión), durante el tiempo en que dura la sesión terapéutica; este mismo equipo lleva un seguimiento del caso dependiendo del número de sesiones terapéuticas.

El interés por sistematizar y evaluar el trabajo terapéutico realizado en el CEEFAM, y pasar de meras impresiones clínicas, al desarrollo de una investigación seria y sistematizada sobre el proceso terapéutico, llevó al planteamiento de los siguientes objetivos de investigación:

1. Facilitar el desarrollo de habilidades clínicas de los terapeutas en formación bajo el enfoque sistémico, a partir del uso de un método de observación que les permitan sistematizar y evaluar su práctica en contextos clínicos. Dicho método se propone como una herramienta para:
  - a) Identificar las intervenciones repetitivas y propias del estilo del terapeuta, es decir, su perfil de competencias profesionales.
  - b) Generar un autoconocimiento que permita al terapeuta verse en interacción con los clientes.
  - c) Conocer hasta que punto el terapeuta utiliza metodologías de intervención acorde al modelo de Terapia Familiar Sistémica.
2. Identificar el impacto de las competencias del terapeuta, sobre el resultado terapéutico (éxito, mejoría y fracaso).

Sin duda un mayor conocimiento de cómo se desarrolla el cambio permitirá a los clínicos aplicados facilitarlos de forma más efectiva.

## Metodología

La multidimensionalidad del cambio en psicoterapia condujo a la siguiente interrogante ¿cuál es la metodología adecuada para estu-

diar un fenómeno tan complejo como lo es el contexto clínico?, ya que alrededor de esta práctica se albergan variables de estudio que conciernen a la figura del terapeuta; de las cuales destacan características sociales, regionales, económicas, históricas y hasta biológicas. En el desarrollo de la investigación siempre se tuvo presente no perder de vista la calidad y riqueza de la información obtenida, emplear metodologías cualitativas dio respuesta a esta expectativa. Sin embargo pretender sistematizar un proceso terapéutico, contabilizar intervenciones repetitivas, graficar resultados, tener indicadores de validez y confiabilidad así como la posibilidad de reproducir los resultados, condujo a la utilización de metodologías cuantitativas; por lo que el diseño de esta investigación se inspira en metodologías combinadas llamadas también bidireccionales o cuali-cuantitativas.

*Sujetos:* Se seleccionaron diez casos clínicos que se atendieron en el Centro Especializado de Estudios para la Familia (CEEFAM); de los cuales cinco de ellos eran familias, tres parejas y dos casos individuales.

Los criterios para la selección de los casos de investigación fueron los siguientes:

1. Cinco casos atendidos en la modalidad individual de pareja o familiar que hayan concluido el proceso terapéutico, independientemente del número de sesiones a las que asistieron.
2. Cinco casos atendidos en la modalidad individual de pareja o familiar que desertaron antes de concluir el proceso terapéutico.
3. La calidad del audio y video de las entrevistas.
4. El enfoque terapéutico utilizado por los clínicos responsables de los casos fue sistémico.

*Tecnologías e instrumentos:*

- Se utilizó una videocámara Panasonic VHS 0.7 Lux. M 3500, Kbc 34 KB y un micrófono Shore microflex MX393/C, como instrumento de registro de las entrevistas realizadas en el CEEFAM.
- Espejo unidireccional o cámara Gessel con una dimensión de 3 x 3, ubicada en medio de dos aulas de 6 x 8m cada una, para trabajo de supervisión y equipo reflexivo.
- Televisión Sony de 19 pulgadas a color.

*Situación de las entrevistas:* Las entrevistas se realizaron en un aula cuya dimensión es de 6 x 8m. Esta aula se conecta a otra con las mismas dimensiones a través de una cámara Gessel y un circuito cerrado de televisión. La primera está equipada con un mueble de sala de tres piezas ubicada al centro, dos sillas que permiten se cierre un círculo, una mesa de centro en donde se ubica un micrófono conectado a una cámara de video y dos mesas laterales con plantas artificiales sobre ellas y alrededor de la sala, así como cuadros que adornan el espacio. También hay cuatro libreros y siete archiveros, un equipo de aire acondicionado y cuatro ventiladores. La segunda aula está equipada con una televisión, 30 sillas y 12 mesas, dos pizarrones, y un locker. Además hay persianas oscuras que impiden el paso de luz al interior, y permiten la supervisión y el trabajo en equipo reflexivo a través de la cámara Gessel.

*Procedimiento:* Al iniciar la sesión, se presentaron los terapeutas, se saludo a los clientes y se les indicó que tomaran asiento en donde ellos eligieran. Después se explicó la manera de trabajar, la función y utilidad de la cámara Gessel, el micrófono y la videocámara, procediendo a pedir la autorización al cliente (familiar o individual) para la grabación de las entrevistas.

La duración de las entrevistas terapéuticas fue aproximadamente de una hora y el intervalo entre sesiones se programó cada dos semanas.

*Plan de análisis de datos:*

1. Se realizó una transcripción textual del contenido de las entrevistas realizadas en el CEEFAM.

2. Se evaluó el proceso terapéutico en términos del grado de logro como: «éxito», «mejoría» y «fracaso terapéutico», a partir del análisis del discurso de cliente y terapeuta.

Para determinar si el proceso terapéutico de un caso clínico determinado resultó en *éxito*, se requirió que se cumplieran los criterios que se señalan a continuación:

- a. Cuando los clientes identifican y señalan un cambio o una diferencia en la secuencia narrativa de la historia saturada de problemas a nivel de escenarios, guiones y personajes que en ella intervienen. Este cambio se visualiza en los ámbitos cognitivos y emocionales.
- b. La nueva historia o nuevas narraciones se practican y validan en diferentes contextos de la red social significativa de los clientes. Este cambio se visualiza en el ámbito pragmático.
- c. Los clientes narran un relato alternativo (el cual ya es dominante en su narrativa presente) que le permite llevar a cabo nuevos significados, en donde el problema no aparece como figura sino como fondo. El impacto de este cambio se enraíza en los ámbitos cognitivos, pragmáticos y emocionales por igual. El cliente reconoce sus méritos, especifica sus logros, y coincide con la finalización del proceso terapéutico.

La *mejoría* terapéutica se consideró cuando se lograron uno o dos de los tres criterios señalados como éxito.

Y el *fracaso* terapéutico se consideró cuando no se logró ninguno de los criterios señalados con anterioridad.

3. Se analizaron las transcripciones ubicando los eventos de cambio que refirió el cliente en el transcurso de la entrevista, anotando:

- a. La sesión donde se presentó.

- b. El momento durante la sesión (inicio, desarrollo y cierre).
- c. Las características del cambio.

4. Para cada caso clínico se analizaron las características del proceso terapéutico en forma global y se determinó en qué casos estos eventos de cambio cumplieran con los criterios para definir si hubo éxito, mejoría o fracaso terapéutico. (Anexo 2).

5. Una vez que se determinó si existió éxito, mejoría o fracaso, se analizaron los desempeños del terapeuta en todos los procesos, como una manera de saber:

- a. Si se cumplieron o no
- b. Cómo pudieron haber influido para determinar el éxito, la mejoría o el fracaso.
- c. Si fueron efectivos en sí mismos.

El desempeño se analizó de acuerdo al uso de estrategias y técnicas que propone la Terapia Familiar Sistémica y los recortes de observación se realizaron desde una óptica construccionista y narrativa.

Los criterios que guiaron la observación para evidenciar los desempeños del terapeuta son los siguientes:

- a) Construcción de la alianza terapéutica:
  - a1** El terapeuta hace explícito el plan de terapia y señala la metodología de trabajo.
  - a2** El cliente y terapeuta llegan a acuerdos en torno a la definición del problema, y los objetivos del tratamiento.
  - a3** Se analizan los procesos mediante el cual el caso llegó a un servicio clínico (contexto referente).
  - a4** Cliente y terapeuta desarrollan vínculos afectivos que les permiten avanzar.
- b) Identificación de narrativas dominantes:
  - b1** Conocer cuál es la explicación, creencia o teoría de los miembros del sistema familiar sobre el origen del problema.
  - b2** Identificar las soluciones intentadas por los clientes, los otros, acerca del problema.

- b3** Ubicar cuál es el patrón interaccional en que se sitúa el problema (cuándo y dónde aparece, con quién se produce y quienes participan).
  - b4** Identificar las narrativas dominantes del terapeuta (hipótesis, puntos de vista y/o comentarios) respecto al problema.
- c) Deconstrucción y reconstrucción de las narrativas dominantes:
- c1** Implica distinguir de una manera detallada los acontecimientos extraordinarios, enfocándose en las soluciones y modificando los intentos de solución.
  - c2** Uso de la técnica de la externalización del problema.
  - c3** Uso documentos terapéuticos
  - c4** Cambiando los marcos en donde se presenta el problema, a partir del uso de la redefinición y la connotación positiva.
  - c5** Se cuestiona la coherencia de las descripciones y creencias de los clientes.
  - c6** Empleo de preguntas circulares, reflexivas e hipotéticas que modifican guiones, personajes y escenarios que sirven de cuna al problema.
  - c7** Uso del equipo reflexivo.
  - c8** Empleo de metáforas.
  - c9** Diálogos reflexivos.
- d) Uso de tareas o prescripciones post-sesión: se refiere a cualquier indicación que el terapeuta sugiera a los clientes realizar fuera del contexto terapéutico. Las tareas constituyen la síntesis de todo el conjunto de acciones, hipótesis e incidencias que tienen lugar durante el desarrollo de la sesión.
6. Se analizaron los registros en busca de cada uno de los desempeños, y cuando se encontraron se señaló su ocurrencia, rescatando el contenido de la intervención del terapeuta, preservando siempre la naturaleza textual. (Anexo 1).

7. Se utilizó una hoja de registro por proceso terapéutico, donde se señaló la frecuencia y porcentaje de las competencias clínicas mostradas por el terapeuta. (Anexo 3).

8. Por último se utilizó el programa estadístico excell para graficar los resultados de los procesos terapéuticos. Se distinguieron los desempeños comunes y diferentes que mostraron los clínicos en los casos de éxito, mejoría y fracaso; elaborándose conclusiones particulares y generales de acuerdo a las característica del proceso terapéutico. (Ver resultados y análisis de resultados).





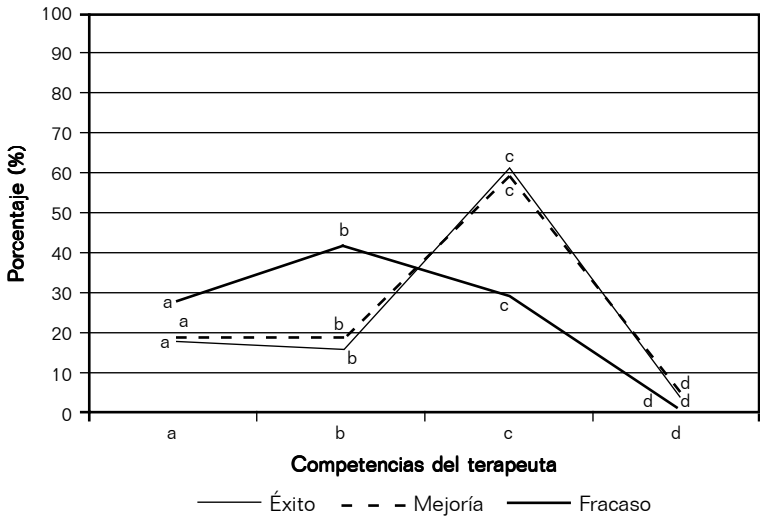
## VII. Resultados

En la gráfica 1 se muestra de manera global las competencias exhibidas por los terapeutas en los distintos casos clínicos previstos en la investigación, cuyo grado de logro concluyó en éxito, mejoría y fracaso. Para su análisis se seccionó el proceso terapéutico en cuatro segmentos. El primer segmento se refiere a las competencias utilizadas en la consolidación de la alianza terapéutica (a); en el segundo se identifican las narrativas dominantes (b); el tercero corresponde a la deconstrucción y reconstrucción de las narrativas dominantes (c); y la última parte del proceso concierne a tareas o prescripciones del terapeuta (d).

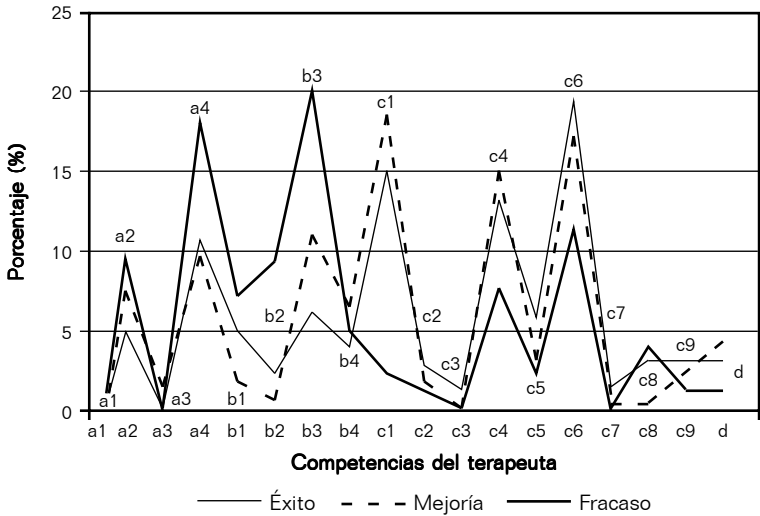
Los resultados de este análisis arrojan una tendencia significativa en las intervenciones que corresponden a los rubros a y b (alianza terapéutica y narrativas dominantes) en los casos de fracaso, y el rubro c (deconstrucción y reconstrucción de narrativas dominantes) en los casos de éxito y mejoría. La competencia d (tareas) es equivalente en los distintos grados de logro.

Figuran paralelamente en los casos de mejoría y éxito las competencias a y b (alianza terapéutica y narrativas dominantes). En los casos de fracaso, el rubro c (deconstrucción y reconstrucción de narrativas alternativas) es significativamente inferior a las competencias mostradas en ese mismo apartado en casos que concluyeron en éxito y mejoría.

**Gráfica 1**  
Análisis comparativo global



**Gráfica 2**  
Análisis comparativo por competencia



En la gráfica 2 se muestra de manera particular las competencias de los terapeutas en los distintos casos que concluyeron en éxito, mejoría y fracaso. Se distingue en los casos de fracaso terapéutico, la competencia a4 (desarrollo de vínculos afectivos), b3 (ubicación del mapa relacional en que sitúa el problema).

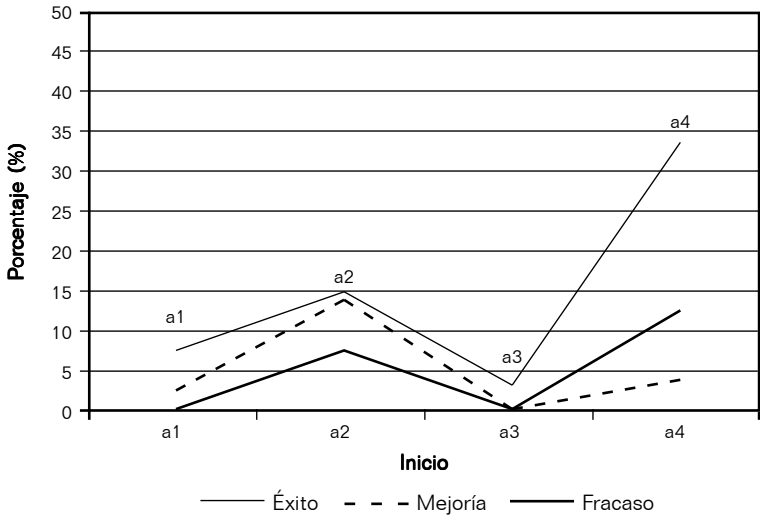
La competencia c1 (identificación de excepciones), c6 (uso de preguntas circulares y reflexivas) sobresale en los casos éxito y mejoría. En los casos de fracaso y mejoría, se observa paralelamente la competencia a2 (definición del problema y objetivos del tratamiento). Es significativamente menor la competencia b3 (ubicación del patrón interaccional en que se sitúa el problema) en los casos de éxito.

En la gráfica 3.1., 3.2. y 3.3. se exhibe de manera global las competencias de los clínicos en la construcción de la alianza terapéutica (segmento a), y se distinguen los distintos momentos del proceso: inicio, desarrollo y cierre. Se observa la competencia a4 (desarrollo de vínculos afectivos), al inicio de los procesos. En los casos de mejoría y fracaso esta competencia es significativamente menor. En los casos de éxito, mejoría y fracaso, las competencias a1 (hacer explícito el plan de terapia) y a2 (cliente y terapeuta llegan a acuerdos en torno a la definición del problema y los objetivos del tratamiento) aparecen paralelamente al inicio de la sesión.

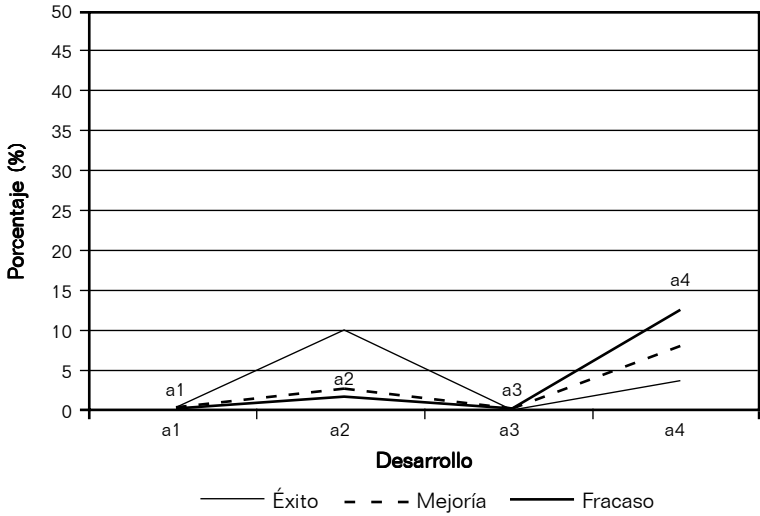
En el desarrollo de las sesiones de terapia, se distingue la competencia a4 (cliente y terapeuta desarrollan vínculos afectivos) en los casos de fracaso terapéutico; y la competencia a2 (cliente y terapeuta llegan a acuerdos en torno a la definición del problema) en los casos de éxito. Es nula la competencia a2 en los casos de fracaso.

Al cierre de la sesión destaca la competencia a4 (cliente y terapeuta desarrollan vínculos afectivos) en los casos de éxito. Se invalidan las competencias a1 (el terapeuta hace explícito el plan de terapia), a2 (terapeuta y cliente llegan a acuerdo en torno a la definición de objetivos) y a3 (se analizan los procesos mediante el

**Gráfica 3.1**  
Alianza terapéutica

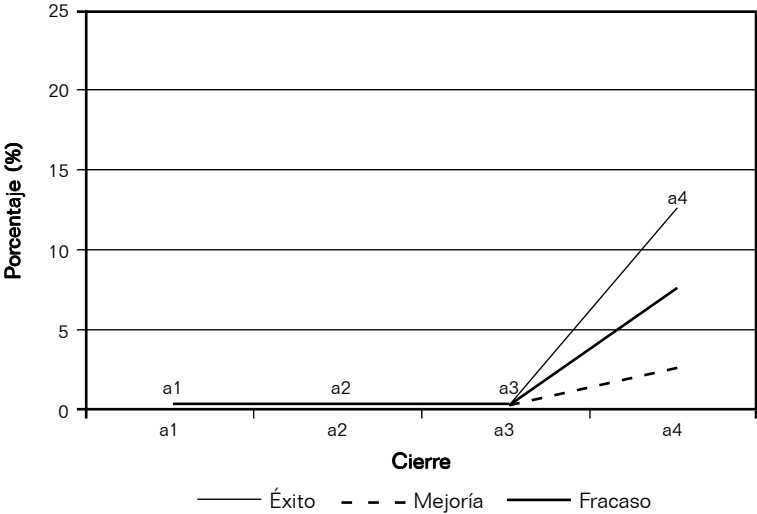


**Gráfica 3.2**  
Alianza terapéutica



cual el caso llegó a un servicio clínico) en los casos de éxito, mejoría y fracaso.

**Gráfica 3.3**  
Alianza terapéutica

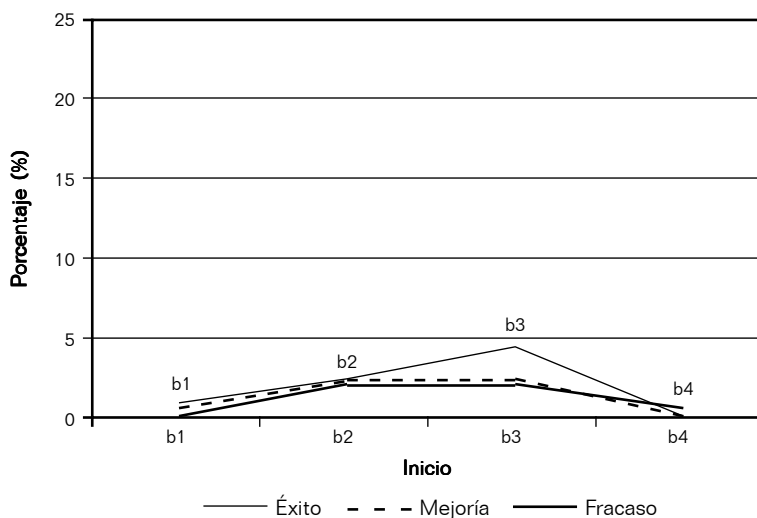


En la gráfica 4.1, 4.2 y 4.3. se muestran globalmente las competencias de los terapeutas en la identificación de las narrativas dominantes (segmento b) y se distinguen los momentos del proceso terapéutico: inicio, desarrollo y cierre.

Al inicio de la sesión (gráfica 4.1.) se muestra regularidad en la exhibición de las competencias que corresponden a este segmento en los distintos grados de logro.

En el desarrollo del proceso (gráfica 4.2.) se exhibe paralelamente la competencia b1 (identificación de la creencia, o teoría de los miembros del sistema familiar sobre el origen del problema) en los casos de éxito y fracaso. Esta competencia es nula en los casos de mejoría. La competencia b2 (identificación de los intentos de solución) se distingue en los casos de fracaso, difiriendo

**Gráfica 4.1**  
Identificación de narrativas dominantes



este mismo resultado en los procesos de mejoría y éxito, ya que aparece disminuida.

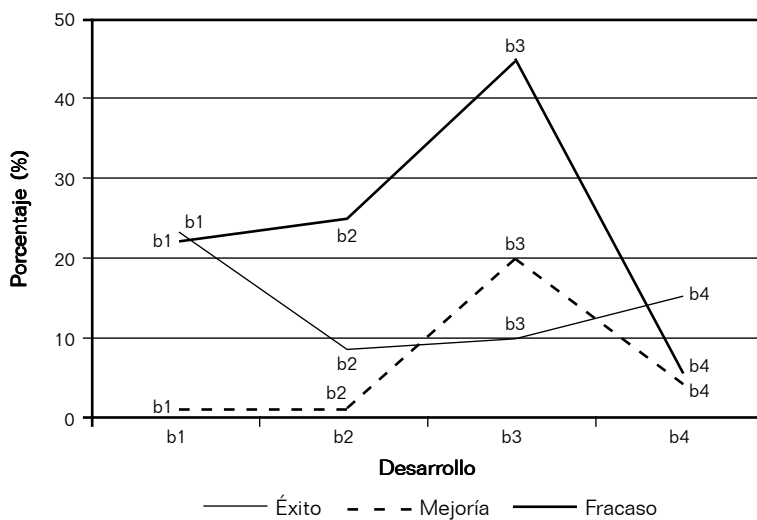
En el mismo momento terapéutico se acentúa la competencia b3 (ubicación del patrón interaccional donde se sitúa el problema) en los procesos de fracaso, y se muestra reducida en los casos de éxito y mejoría.

Al cierre de la sesión (gráfica 4.3.) no se distinguen diferencias significativas en la regularidad con que los terapeutas exhiben las competencias que corresponden a este segmento en los distintos grados de logro.

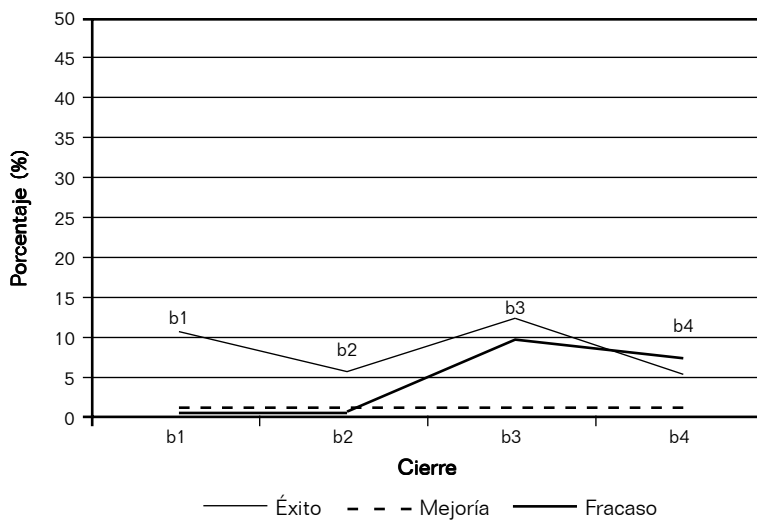
En la gráfica 5.1, 5.2 y 5.3 se describe el conjunto de las competencias exhibidas por los terapeutas en la deconstrucción de las narrativas dominantes (segmento c), en los distintos momentos del proceso terapéutico: inicio, desarrollo y cierre.

En el inicio (gráfica 5.1.) se destaca la competencia c1 (distinción de excepciones y acontecimientos extraordinarios) en los casos de éxito, esta misma competencia está disminuida en los ca-

**Gráfica 4.2**  
Identificación de narrativas dominantes



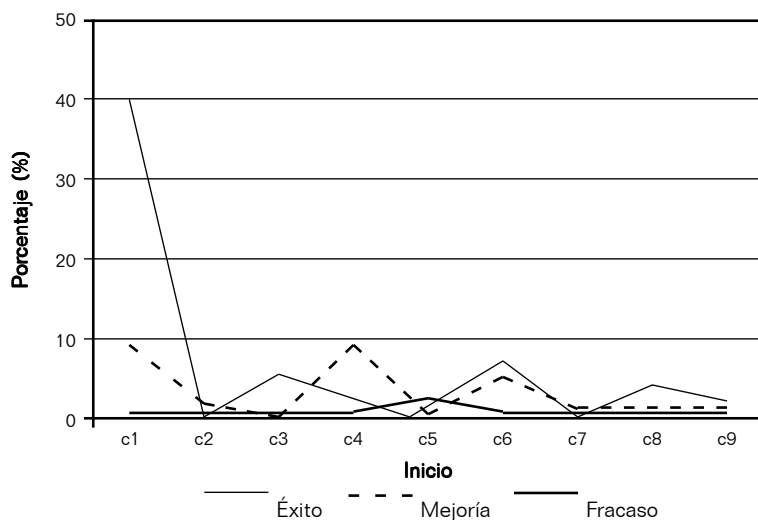
**Gráfica 4.3**  
Identificación de narrativas dominantes





tos de mejoría y es nula en los casos de fracaso. Las competencias c2 (externalización del problema), c3 (técnicas narrativas), c4 (redefinición y connotación positiva), c7 (uso del equipo reflexivo), c8 (uso de metáforas), c9 (diálogos reflexivos), no se exhiben en los casos de fracaso.

**Gráfica 5.1**  
Deconstrucción y reconstrucción de las narrativas dominantes

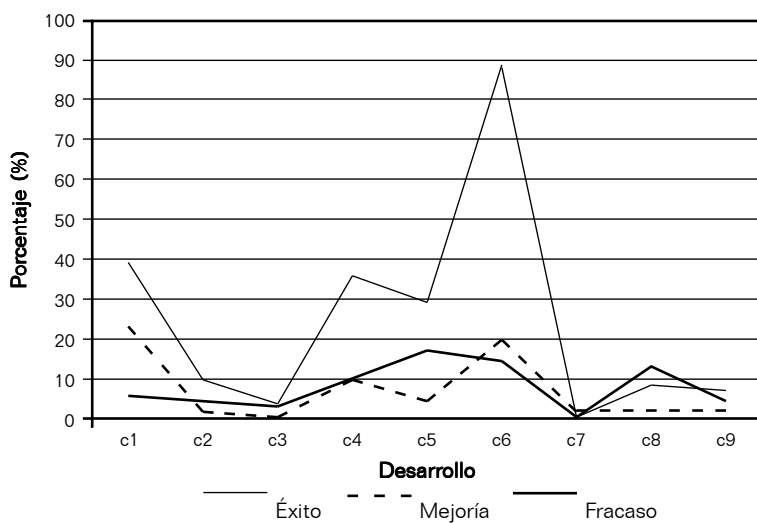


En el desarrollo de la terapia (gráfica 5.2.) la competencia más exhibida es la c6 (empleo de preguntas circulares, reflexivas e hipotéticas) y corresponde a los casos de éxito.

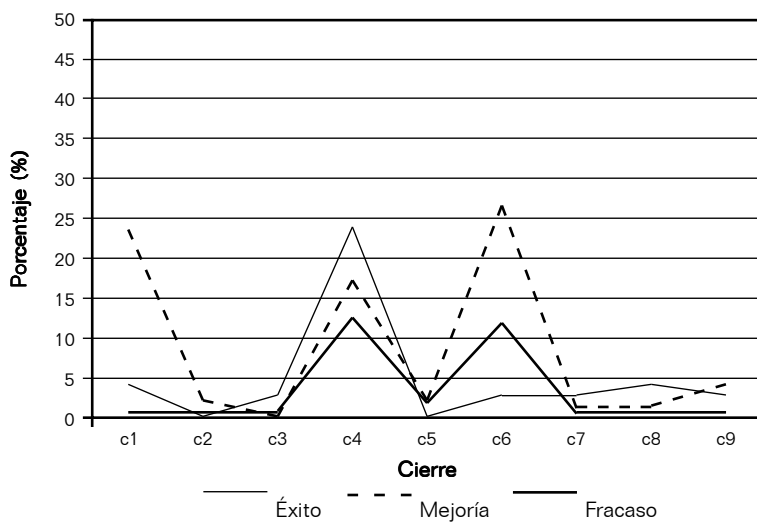
En el mismo criterio de logro sobresalen las competencias c1, c4, c5 (cuestionando la coherencia de las descripciones y creencias de los clientes); las mismas competencias se muestran reducidas en los casos de mejoría y fracaso terapéutico.

Al cierre de la sesión (gráfica 5.3.) sobresale la competencia c1 (distinguir acontecimientos extraordinarios) y c6 (empleo de

**Gráfica 5.2**  
Deconstrucción y reconstrucción de las narrativas dominantes



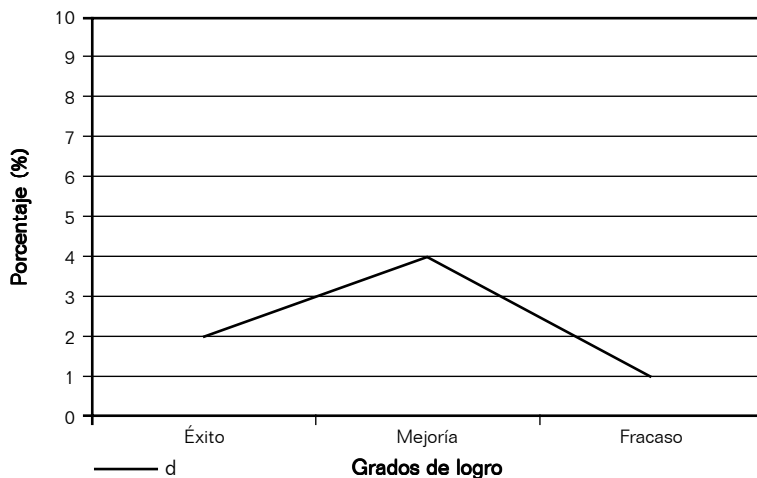
**Gráfica 5.3**  
Deconstrucción y reconstrucción de las narrativas dominantes



preguntas circulares, reflexivas e hipotéticas) en los procesos de mejoría. La competencia c4 (cambiar los marcos donde se presenta el problema) se distingue en los casos de éxito. No se exhiben las competencias c1 (distinguir acontecimientos extraordinarios); c2 (uso de la técnica de externalización del problema); c3 (uso de documentos terapéuticos); c7 (uso del equipo reflexivo); c8 (empleo de metáforas), y c9 (diálogos reflexivos) en los procesos de fracaso.

En la gráfica 6 se señalan las competencias que corresponden a las tareas asignadas por los terapeutas (segmento d), y se muestran regularidades en las mismas en los distintos grados de logro (éxito, mejoría y fracaso).

**Gráfica 6**  
Tareas



### Análisis de resultados

El análisis de cualquiera de los elementos que se dan en el contexto terapéutico aproxima a descifrar lo terapéutico de la psicoterapia.

pia (Feixas y Miró, 1993). Los resultados que se exponen a continuación son sólo una plantilla para posteriores investigaciones sobre procesos en el campo de la terapia sistémica, y un punto de donde se puede partir para teorizar sobre la evaluación de competencias y su efecto en el resultado terapéutico.

1. Los terapeutas que privilegian el uso de las competencias en torno a la deconstrucción y reconstrucción del relato obtienen un resultado terapéutico de éxito o mejoría (ver gráfica 1). Este resultado sugiere que si se les otorga a los clientes interpretaciones alternativas, en vez de tener un solo referente, surgirán tantos significados como descripciones que se hayan elaborado en torno al problema (Kogan y Bronze, 1998). El poder de la desconstrucción en terapia, como lo señalan Fruggeri (1992), Hoffman (1992), White (1994), Sluski (1998) y Lax (1992), es que mantiene un escepticismo en torno a creencias concernientes a la verdad, el conocimiento, el poder, creencias que casi siempre se dan por sentadas y se legitiman culturalmente, al cuestionarlas y quitarles el status de verdad surgen nuevas narraciones y perspectivas funcionales para el cliente.
2. La identificación de excepciones, el uso de preguntas circulares y reflexivas son las competencias más utilizadas por los clínicos en los casos de éxito (ver gráfica 2). Las excepciones que se realizan al inicio del proceso parecen tener un poderoso impacto sobre un resultado positivo (ver gráfica 5.1.). Este resultado coincide con las aportaciones de los teóricos centrados en las soluciones (de Shazer, 1985, 1988) y los narrativos (White, 1993; White y Epston, 1994), quienes argumentan que independientemente de la magnitud y cronicidad que sufren las personas hay ocasiones o situaciones en las que por alguna razón el problema simplemente no ocurre y el recurrir a las excepciones de los problemas se ofrecen gran cantidad de información acerca

de lo que se necesita para resolverlo, redirigiendo la atención hacia lo que ya funciona.

3. También el uso de preguntas circulares y reflexivas parece tener influencia positiva en el resultado terapéutico cuando se ofrecen en el desarrollo de la misma (ver gráfica 5.2.) La comunidad sistémica ha privilegiado su uso desde la aparición del artículo de Selvini, *et. al.* (1980) «Hypothesizing-circularity-neutrality». En la actualidad son consideradas intervenciones en si mismas (Ryan y Carr, 2001; Boscolo, 1996, Linares, 1996) ya que introducen información nueva al sistema, movilizan los recursos de la familia, vinculan personas, creencias, afectos y acciones. De acuerdo a Tomm (1987, 1988) el uso de las preguntas reflexivas aumenta la probabilidad que el sistema del paciente/terapeuta produzca una alianza terapéutica positiva. Este dato coincide con el encontrado en este estudio respecto a la alianza generada en los casos de éxito (ver gráficas 3.1., 3.2. y 3.3.).
4. Otro indicador de un resultado exitoso menos frecuente pero no menos importante, es el empleo de reformulaciones connotaciones positivas, y cuestionamiento de la coherencia de las descripciones y creencias de los clientes (ver gráficas 5.1, 5.2. y 5.3.). La reformulación es considerada por diversos clínicos como la operación más necesaria y básica del proceso de cambio (Watzlawick, 1998; Cade y O'Hanlon, 1995; Linares, 1996), porque permite asignar una connotación positiva a conductas normalmente vistas como más negativas en el seno del sistema de creencias del cliente. Se rescata también de este análisis la importancia acerca de cuestionar los términos, las descripciones y las explicaciones de los clientes en torno al problema, ya que de otro modo de acuerdo a Gergen y Kaye (1992) las historias permanecerían fijas.
5. Las intervenciones del terapeuta en los casos cuyo grado de logro es fracaso se concentran en la elicitación de las narra-

tivas dominantes, aproximadamente un 40% del tiempo del proceso (ver gráfica 1), se valora el acceso a la ubicación del mapa relacional en que se sitúa el problema (ver gráficas 2, 4.1. y 4.2), su actuación relevante en este apartado sugiere que los terapeutas buscan la explicación detallada de un acontecimiento (¿cómo, cuándo, quiénes, por qué) que los llevará a encontrar las «causas» y sólo de esa manera conseguirán actuar sobre el problema. Ceberio y Watzlawick (1998), opinan que abusar de las explicaciones y de datos crea efectos dormitivos que no producen la finalidad deseada: el cambio terapéutico. También Penn (1982, 1985), refiere que si el profesional expone sus significados y sus opiniones muy probablemente logrará que los significados ya existentes se afiancen más.

6. En este mismo grado de logro el desarrollo de vínculos afectivos es una competencia que despunta en el desarrollo de la terapia, en detrimento de la exposición del plan de terapia y los acuerdos en torno a la definición del problema (ver gráfica 3.2). La cualidad de «buena persona», se ajusta al desempeño de los terapeutas que privilegian operar en esta dirección, sin embargo lo que los clientes necesitan son buenos terapeutas. Al respecto los clínicos Poch y Ávila, (1988) han observado que los terapeutas menos eficaces no pueden delimitar claramente cuál es la situación por la que está atravesando el proceso, lo cual les inducirá a enjuiciar erróneamente lo que hacen en el tratamiento; en este mismo sentido Cade, *et. al.* (1995) señalan que el proceso de evaluación es crucial para la dirección que toma cualquier terapia y a menudo, en última instancia, para su éxito o fracaso.
7. En la mejoría terapéutica se observa una cercanía del puente entre mejoría-éxito, en relación a mejoría-fracaso (ver gráfica 1). Los terapeutas adoptan los procedimientos y las técnicas que utilizan los clínicos más efectivos, sin embargo es

menor la regularidad con que los aplican (ver gráfica 2). Este dato sugiere que la constancia en la aplicación de ciertos procedimientos tiene relevancia en la conclusión de un proceso terapéutico.

8. La riqueza de metodologías de intervención que caracteriza a los casos de mejoría y éxito, contrasta con la pobreza encontrada en los casos de fracaso (ver gráfica 2). Al respecto podemos suponer que el conocimiento y manejo de la diversidad de técnicas y estrategias que propone la terapia sistémica, facilitará el cambio.
9. Otra coincidencia entre estos grados de logro (mejoría y éxito), es el equilibrio al emplear las competencias que se definen en la alianza terapéutica, en ambos criterios se explicita la metodología de trabajo al inicio de los procesos; también es relevante para estos terapeutas aclarar y definir el problema y los objetivos del tratamiento, competencia muy disminuida en los casos de fracaso (ver gráfica 3). Este resultado insinúa que el equilibrio entre la alianza terapéutica y las competencias de elicitación y desconstrucción del problema es también un predictor de un resultado alentador en terapia.
10. Por último cabe señalar que las actividades extrasesión (tareas) han sido contempladas por diversos clínicos como mecanismos de ampliación de las posibilidades de cambio, otorgándoseles un peso muy importante en la evaluación del resultado global de los procesos clínicos (Greenberg, 1986; Poch y Ávila 1998). Sin embargo en los resultados de la investigación el uso de esta competencia no denota una desviación en los resultados ya que aparece análoga en los distintos grados de logro (ver gráfica 6).

## VIII. Discusión y conclusiones

El planteamiento central que orientó la realización de este trabajo definía la incipiente investigación de resultados y procesos en terapia familiar, así como la escasez de modelos de formación y adiestramiento, en relación al creciente número de instituciones que ofrecen programas de formación con este enfoque.

El modelo de formación clínica que se desarrolla en esta propuesta, constituye un intento de reconciliación entre investigación y práctica clínica. La utilidad del mismo se puede apreciar en tres niveles de relevancia: (1) epistemológica (2) clínica e (3) investigación. Estos elementos, de acuerdo con Hirsch (2000), constituyen los elementos de toda psicoterapia, los que se contemplan de manera implícita o explícita en este trabajo.

(1) La epistemología establece de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares, piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta (Bateson, 1979). El trabajo como terapeuta sistémico implica pensar desde esa dimensión epistemológica; la utilidad del método de observación en el trabajo clínico representa una manera de enseñar este modelo de pensamiento, permite auto observarse u observar (función del formador) aquellas distinciones que se elaboran en el trabajo terapéutico en función de su mapa (códigos, normas, creencias, valores). Al hacer estas distinciones se está marcando la epistemología, donde



como terapeutas han elegido un modelo teórico avalado por una teoría determinada (Nardone y Salvini, 1999; Ceberio y Watzlawick, 1988).

(2) La aportación clínica representa el punto medular de esta propuesta. Es importante señalar que este método no representa el «Manual del terapeuta efectivo», lejos de esta pretensión es un intento por socavar la frustración que causa en algunos profesionales el no contar con elementos referenciales que guíen su actividad clínica, sea en el rol de formador o terapeuta. Su uso ofrece a los clínicos una definición clara de su papel, y un conjunto de directrices operacionales relativamente precisas, que significan una tabla de salvación para aquellos que de otro modo se encontrarían a la deriva en un mar de ambigüedad.

La utilidad del método empata con la premisa que maneja el enfoque centrado en las soluciones, (O'Hanlon, Weiner-Davis 1993; Cade y O'Hanlon, 1995) *si se conoce el camino será más fácil la llegada*, ya que muestra criterios puntuales que guían las intervenciones del terapeuta, así como indicadores objetivos que refieren el éxito, la mejoría o el fracaso en un proceso, proporcionando al clínico conocimientos operativos capaces de orientar las decisiones terapéuticas hacia una eficacia y eficiencia mayores.

Muchas de las dudas de los terapeutas en formación se refieren al «cómo» que creen necesitar al enfrentarse a una psicoterapia (Efran, Lukens y Lukens, 1990). Los casos clínicos presentados en este trabajo permiten captar la demostración directa de la aplicación de los recursos técnicos, la exposición detallada de los procedimientos y la operacionalización de los conceptos teóricos empleados en la terapia sistémica, convirtiéndose en un recurso que responde a los «cómo», representando ventajas en el plano de la formación.

Al precisar los criterios de evaluación de competencias, este método constituye también un instrumento de evaluación del trabajo clínico. La habilidad o adecuación con que un terapeuta aplica los procedimientos clínicos, dará una referencia de su competen-

cia (Feixas y Miró, 1993). Otros mecanismos de evaluación que surgen al utilizar este método es que permite (a) explorar los recursos genuinos de los terapeutas que tienen que ver con su propia historia relacional y su particular manera de conocer; (b) se identifican las carencias que dan lugar a un desempeño pobre en el trabajo clínico, promoviendo su desarrollo vía el entrenamiento; (c) la fotografía que surge como resultado de la evaluación de un proceso terapéutico, acorta la brecha entre lo que dice un terapeuta que hace y lo que en realidad hace y (d) la regularidad de la aplicación en diferentes casos lo acercan hacia la definición de su *estilo personal de intervención*.

(3) La pregunta rectora *¿Qué es lo terapéutico de la psicoterapia?*, ha generado muchas líneas de investigación y los profesionales se han dado a la tarea de intentar ofrecer una respuesta puntual a la misma; sin embargo, esto no se ha visto reflejado en los resultados (Greenberg, 1991; Piercy y Sprenke, 1990). La oferta terapéutica es cada día más abundante y la credibilidad que se les otorga a los paraprofesionales va en aumento (Orlinski, 2001). Los que creemos que la psicoterapia es algo más que una conversación con buenas intenciones, un procedimiento empático y un popurrí de técnicas tenemos la tarea de demostrarlo.

El método que se propone en este trabajo, constituye un instrumento para la *investigación ligada a la intervención*. Su aplicación reporta el análisis y la sistematización de un procedimiento clínico, y como producto se evidencia el desempeño del terapeuta en un caso particular (ver ejemplo de aplicación del método: anexo 1).

La regularidad de su aplicación en los diez casos clínicos descritos en este trabajo, distingue posibilidades y aportaciones en la investigación sobre procesos. Se aclara el papel de las competencias del terapeuta y su efecto en el resultado de la terapia (estos resultados se describen detalladamente en el informe sobre resultados del proceso clínico).

El diseño del método integra metodologías cualitativas y cuantitativas. De acuerdo a Lidle (1991), la investigación futura en

terapia familiar va a puntear los huecos actuales entre teoría, investigación y práctica, entonces la investigación bidireccional (cuali-cuantitativa) debe ser una parte esencial del entrenamiento de investigadores. Para el diseño del método se consideraron las ventajas que representa utilizar las dos metodologías. En el caso particular del enfoque cualitativo permitió trabajar en un universo de datos (descripciones clínicas), que surgieron de un escenario natural donde se estudió el fenómeno (contexto terapéutico). Estos datos se grabaron, se transcribieron, se leyeron, se codificaron y categorizaron a lo largo de la investigación. El investigador es el sujeto de investigación. Desde este punto de vista, el terapeuta no es un observador que simplemente tiene conciencia de sus acciones y sus creencias, sino que es un observador del sí mismo y a la vez construye la situación observada.

Cuando se auxilió de las metodologías cuantitativas, las manipulaciones y operaciones realizadas sobre los datos se produjeron preservando su naturaleza textual. El interés en el contenido de las categorías prevaleció sobre la frecuencia de códigos. Finalmente se graficó la frecuencia numérica de las categorías; este procedimiento resultó útil para concluir el informe de investigación sobre procesos, ya que permitió dar una visión del conjunto de los datos descriptivos e hipotetizar acerca del resultado de la investigación.

## Limitaciones de la investigación

Se han expuesto las bondades del método en los ámbitos de investigación formación y practica clínica, sin embargo en todo proceso de investigación existen deficiencias o insuficiencias que lo acompañan, y ante esa realidad queda centrar los esfuerzos y convertir en retos las discrepancias que emergen en el recorrido.

1. La complejidad fue un elemento recurrente en este proceso y la aplicación del método no escapa a ella. Resulta la-

borioso trabajar con muestras grandes y la dimensión de la base de datos dificulta la conceptualización y el análisis de los resultados. Aunque lo complejo de operacionalizar el método coincide con la multidimensionalidad del cambio en psicoterapia, abreviar el procedimiento resultaría benéfico en términos de tiempo empleado, e información manejada en la base de datos. La estrategia de seleccionar aleatoriamente segmentos o partes de un proceso clínico, y en el caso de muestras amplias (necesarias para la validación de los resultados terapéuticos) la selección aleatoria de sesiones completas, serían procedimientos alternativos que conscienten y aprueban las metodologías cuanti-cualitativas para controlar y reducir el objeto de estudio sin perder su significación.

2. También existe la posibilidad de que el método se convierta en un fundamentalismo, limitando la creatividad del terapeuta cuando éste no se ajuste a los mecanismos de evaluación y observación propuestos en su diseño. La flexibilidad del Supervisor podrá frenar esta inercia, alentando la creatividad del terapeuta e incorporando nuevos criterios de observación, y desechando aquellos que no correspondan a los contextos clínicos y enfoques terapéuticos que se estén enseñando.
3. Las «lentes» con que se observan las intervenciones parten de la perspectiva del observador; éstas no son corroboradas por los participantes de la investigación (clientes). Por tal motivo hay que aprehenderlas con la prudencia que exigen los procesos de construcción y reconstrucción social en el acto de conocer. Incluir en el proceso de investigar a los actores de la misma (clientes y terapeutas), disminuirá los sesgos en la observación, evaluación y exposición de los resultados; además esta metodología sería más congruente con una postura construccionista.

4. El método aborda la descripción de competencias del terapeuta como variable central en el modelo de formación y la predicción de resultados; se excluyen variables inherentes al terapeuta como: familia de origen, formación y experiencia, género, ciclo vital y religión. Agotar las combinaciones posibles que no solo incluya al terapeuta sino también que involucre a clientes, trastornos, y setting, representaría un intento de abordar la multidimensionalidad del cambio en psicoterapia determinando aún más las relaciones de proximidad entre variables de proceso y resultado.

*Por todo ello se propone:*

1. Para alcanzar los niveles de confiabilidad, la funcionalidad del método se debe corroborar mediante la repetida aplicación a una amplia muestra efectuada por varios terapeutas en contextos clínicos diferentes.
2. Implementar un diseño experimental dentro del contexto del proceso de investigación, donde se contrasten resultados en la formación de terapeutas con y sin uso del método.

# Anexos 1

## Desempeños del terapeuta

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
a4	T1. Buenas tardes. ¿Qué tal el calor?, ¿les parece que pongamos el aire acondicionado o los ventiladores?, parece que esta temporada de calor se adelantó, ¿verdad? Cuando hicieron la cita creí que iban a venir sus hijos. Y me sorprende verlos sólo, pero bueno, después de tantas confusiones ya están aquí.	1	Inicio
a1	T1. Mi nombre es E. y mi compañero es M. les vamos a explicar cómo trabajamos en este espacio. Nosotros somos parte de un equipo más amplio, este espejo que tenemos enfrente es un espejo de una dirección y atrás de él se encuentran otros terapeutas que observan nuestro trabajo y nos hacen recomendaciones y también participan con preguntas y comentarios para ustedes, más tarde se los vamos a presentar. También les queremos comentar que grabamos las sesiones de terapia, esto con la finalidad de supervisar nuestro trabajo y poder ser más eficientes en el mismo, los diálogos que llevemos a cabo son totalmente confidenciales. ¿Tienen alguna duda o pregunta?		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
a4	T2. ¡Qué bonito perfume trae alguno de ustedes! Se inundó la sala de esa fragancia, porque olía al trapo que utiliza la Sra. que hace el aseo.	1	Inicio
a2	T1. Entonces ustedes dos se pusieron de acuerdo para poder venir solos.		
a2	T1. Yo no sabía que ustedes consideraban que el problema era J. y parte de lo que hablamos por teléfono, era plantearse un objetivo para trabajar, y me da mucho gusto que hayan trabajado en ello.		
a2	T2. ¿En eso también estarían de acuerdo ambos?		
c6	T2. En todo caso, a mí me gustaría plantear una situación, si se abrieran, ¿qué cosas cambiarían en su relación con los hijos?, ¿cómo lo percibirían ellos?		
c6	T1. ¿F. qué opina sobre esta cuestión que plantea C.?		
a2	T1, Yo creo que todo esto que nos comentan, fue parte del trabajo realizado, definir el objetivo, y ustedes decidieron trabajar como pareja.	1	Desarrollo
b1	T2. Nos dice el equipo que está detrás del espejo, que ustedes ya han marcado y delimitado para qué quieren estar aquí. Y se preguntan de qué manera ha influido J. en este momento de sus vidas como pareja y en qué		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>los ha beneficiado hablando de comunicación.</p> <p>c6 T1. Me describen a J. como el patito feo, pero, ¿de qué manera se podría utilizar este recurso de J. por un objetivo común?, ya F. nos dijo algo, algo así como utilizarlo como recurso, como aliado.</p> <p>c6 T1. ¿Si estuvieras más apegado a él, cómo reaccionarías tú C.?</p> <p>c6 T2. F. nos decía, «Yo estaría más con J.», ¿qué harías tú?</p> <p>c6 T2. ¿Qué cambios habría en la manera en que F. ejerce su autoridad si tú no intervinieras?</p> <p>b1 T1. ¿Qué significa ganar?</p> <p>b3 T1. Por ejemplo, ¿qué pasa si C. gana y qué pasa si F. gana?</p> <p>c1 T1. Si pudiéramos cambiar la palabra ganar por compartir, ¿han podido compartir los triunfos?</p> <p>c1 T1. ¿En alguna ocasión han ganado ambos?</p> <p>c1 T1. Esta vez los dos se pusieron de acuerdo y ganaron al decidir que venían como pareja, o más bien no perdió nadie.</p> <p>c5 T1. A ver, así como que yo no creo que nunca, nunca, nunca se hayan puesto de acuer-</p>	1	Desarrollo



Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
a2	do. Como que no tenemos memoria de los actos positivos que compartimos, es más fácil por sus relatos traer los actos que duelen más.	1	Desarrollo
c6	T1. ¿Han hablado entre ustedes sobre esta posibilidad de que tú no quieres seguir como pareja?		
b3	T1. Estos planes de separarse como pareja, ¿en qué repercutiría que sus hijos pensarán que es culpa de uno o es culpa de otro?, ¿para qué les serviría esto a sus hijos el que uno tenga la razón y el otro no?		
c4	T1. ¿Cuál es la implicación de que los hijos puedan ver culpables en esta familia?, ¿a quién beneficiaría?, ¿quién se vería más afectado?		
a4	T2. El equipo nos hace saber que les sorprende su capacidad para hablar de esa manera tan tranquila, ya que cada uno de ustedes cede el lugar al otro en el momento de hablar, y sin necesidad de una intervención de los terapeutas llegan a conclusiones en sus diálogos, y prestan total atención a su compañero. También se preguntaban que en el supuesto de una separación, ¿cómo creen que sería en concreto la relación de ustedes con cada uno de sus hijos?		
	T1. Por ejemplo, tu situación de ama de casa te permite a ti estar más pendiente de los pormenores de la familia.		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c6	T2. F. comentaba hace un momento que sería benéfica una separación, la visualiza como un recurso para la pareja; para C. ¿cuál sería su recurso?	1	Desarrollo
b4	T1. Creo que F. está pensando en una separación, no definitiva que les abrirá otras posibilidades de relacionarse como pareja, no sé si tu C. estés pensando algo diferente.		
c6	T1. ¿Qué cosas crees que cambiarían, si decidieras tomar la opción que propone F.?		
c6	T1. ¿Y con los hijos en qué cosas mejoraría esa situación?		
b3	T2. Si eso lo escucharan sus hijos, si estuvieran presentes, ¿qué creen que dirían?		
b3	T1. En todo caso, ¿qué dirían de sus papás, sobre las reacciones que esperan en los hijos?		
b4	T1. Nos comentaba el equipo, que en una familia siempre hay roles, el rol de padres, de esposos, de hijos, y que no escuchan hablar de la pareja, su diálogo es en función de los hijos, ¿cómo enfrentarán su relación?		
c8	T1. ¿Cómo van a empezar a hablar de la pareja, sin relacionar a los hijos? Creemos que aunque haya un bote de basura hay muchas cosas que dentro de la basura sirven y son funcionales, y las podemos seguir utilizando.		

viene de la página anterior...

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
b2	T1. El dominio de la duda en su relación, ha afectado su vida matrimonial, pero yo me preguntaba, ¿cuáles son los intentos de solución que ha hecho esta pareja?	1	Desarrollo
c8	T1. Yo les haría una última pregunta: ¿quieren hacer un intento por reconstruir su relación de pareja?, porque la casa aún no está caída está algo deteriorada, o tú M. ¿ves una casa caída?		
c6	T1. ¿Cómo se imaginan que pueda ser?		
d1	<p>T2. En todo caso es para trabajarlo como tarea. Imaginen en qué situación se encuentra su casa, cómo la quieren restaurar, o si la quieren vender. También es importante retomar lo del bote de basura, y piensen, ¿qué pasaría si ese bote de basura se abre?, ¿qué pasaría con sus hijos, con sus amistades, como pareja?</p> <p>T1. Ahorita les presento al equipo que nos acompañó en esta sesión, vienen a hacer algunas reflexiones, sobre las que conversamos.</p>	1	Cierre
c7	T3 y T4. Creemos que han dado un paso muy importante delimitando el significado de su disgusto a la pareja dejando de lado un poco el rol paterno. En esta sesión se ha avanzado en centrarse en ustedes como personas individuales que quieren construir una familia, pero al mismo tiempo es el rumbo que le quieren dar a sus vidas. Y cuánta tarea, llevarse a casa y visualizar como individuos,		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>como padres, como pareja, estamos interesados en ustedes.</p> <p>Como parte de la reflexión que hacemos es que la desconfianza los ha dominado, y esto lo relacionamos con la infidelidad. La pregunta es si ustedes se van a unir para vencer esa desconfianza o van a permitir caer bajo su influencia. De alguna manera ustedes ya han ganado cosas, ya que se han sentado a platicar y visto que hay distintos caminos.</p>	1	Cierre
c6	T1. M. y yo estuvimos conversando y nos preguntábamos de la vez pasada que estuvo el equipo con nosotros, ¿qué se habían llevado, si surgieron algunas reflexiones a partir de su reflexión?	2	Inicio
c6	T1. ¿Qué te hace pensar a ti que él ya lo tenía planeado?		
b2	T1. A ver, ¿cómo platicaron de eso y cómo se pusieron de acuerdo?		
c6	T2. Y tú C., ¿cómo te sentiste en replantear a F. la idea de la separación?, ¿cómo te hizo sentir que F. no se fuera de la casa?		
c4	T1. M., C. se refiere a sí misma, cuadrada y exagerada, yo más bien diría que parece cuadrada y exagerada.		
c6	T2. Estoy totalmente de acuerdo contigo, es diferente parecer a ser. Y tú C. ¿cómo recibiste eso que platicaron en ese momento,		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	ya que a lo mejor hacía tiempo que no se tocaban los puntos?	2	Inicio
c1	T1. Descríbeme un poco a esa C. elástica.		
c1	T1. ¿Y cuando es elástica que cosas te permite que le comentes?		
c1	T1. ¿Qué cosas necesitas para mostrarte flexible ante ti y los demás?	2	Desarrollo
c1	T1. C., ¿ha habido alguna situación en donde se haya podido vencer esa desconfianza?		
c5	T2. Cuando dices que no crees que son pareja, ¿a qué tipo de relación te refieres?		
c5	T1. Así como C. tampoco pensó que habría podido ser un buen detalle haber hecho pescado, y comentarle a F. que la comida era en su honor.		
b1	T2. Tú F., ¿de qué manera entiendes esto que nos comenta C.?		
b4	T2. Yo estaba pensando un poco al proponerse dos días después de venir aquí rehacer esa relación fue muy rápido. No tomaron en cuenta muchos aspectos le dio poco margen a tratar aspectos que están latentes ahí, por ejemplo, el enojo de C., ¿qué les parece esto que comento?		
c2	T1. El equipo quiere hacerles participar su opinión, y nos comenta que esta pareja esta bajo el dominio de la desconfianza, y les ha		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>ganado mucho terreno, incluso la desconfianza les ha permitido que personas externas se involucren en su rol de pareja. ¿Cómo esta desconfianza ha afectado tanto su vida y ustedes no se han dado cuenta que pueden actuar sobre ella? También C. ha estado bajo la influencia de la rigidez, como estilo de vida, la desconfianza y la rigidez han provocado además enfermedades en C. y se preguntaban, ¿en qué ocasiones C. le ha dado un voto de confianza a F. y ha podido ser flexible?</p>	2	Desarrollo
b4	<p>T1. Yo me preguntaba C., ha habido bastantes episodios difíciles en esta pareja, yo creo que si les preguntara, ¿qué los ha mantenido juntos?, me dirían que sus hijos, de hecho C. lo comentó. Pero, ¿qué los ha mantenido juntos como pareja?</p>		
c8	<p>T2. C., no sé si te has dado cuenta, de la peculiaridad con que esta pareja se dirige, su relación la puedo imaginar como un volcán a punto de estallar, pero que por condiciones naturales se mantiene latente, el fuego está ahí a punto de hacerse notar, qué relación tan candente, creo que ese calor es su oxígeno, no me los imagino fríos y despreocupados. En este momento hay fumarolas y creo que estas han persistido por dieciséis años, el volcán nunca ha hecho erupción.</p>		
c6	<p>T2. ¿Qué cosas han hecho posible ese cambio?, el reconocer que C. se ha sentido dañada...</p>		
b1	<p>T1. Para ti F., ¿qué significa ser infiel?</p>		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c5	T1. ¿F. tener una relación sentimental y afectiva con alguien sin llegar a tener relaciones sexuales no significa ser infiel?	2	Desarrollo
b1	T2. ¿Y para ti C., qué es ser infiel?		
c5	T1. Me parece que tienen una discrepancia en sus conceptos de infidelidad; escucho dos significados diferentes de un mismo concepto. Estas discrepancias han generado conflictos que a lo mejor no tendrían sentido de ser, ya que cada uno de ustedes está en un canal diferente, y lo que capta lo capta a través de ese canal.		
B1	T1. ¿Qué son los celos?, ¿cómo los describirían?		
c2	T1. M., F. también ha sentido los efectos de la desconfianza.		
c4	T1. Esa manera diferente de quererse.		
a4	T1. Y, ¿cómo quieren iniciar este día la conversación?	3	Inicio
a2	T2. Pero, ¿qué cosas impiden agarrar el toro por los cuernos? Eso quiere decir que están sobre el objetivo de trabajar sobre la separación.		
b4	T2. Pienso que esta pareja ha intentado realizar cambios, sin resultados. El hecho de que tú permanezcas en la casa F., significa un no cambio, estar en las mismas condiciones que todos los días. Porque el juego que están jugando esta familia nadie lo quiere romper, el		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>hecho de que haya un movimiento puede alterar las relaciones que hasta ahorita se han mantenido intactas. Veo una situación empanada, ¿qué piensan sobre mis observaciones?</p>	3	Inicio
c6	T1. ¿Qué ganarías en esta separación?		
c6	T2. F. sí visualiza ganancias en lo personal, ¿y tú C.?		
c6	T2. ¿C. visualiza algún cambio ante esta situación?		
c6	T2. ¿En qué cosas vas a seguir ganando tú?		
c4	T2. Retomando la economía, el equipo nos dice que los felicita por haber tomado una decisión, y que ven a una pareja que se está escuchando, y les quieren compartir que los felicitan porque en este momento hay una visión alternativa de lo que es la separación, y también un logro de ustedes al haberse puesto de acuerdo, en acontecimiento que refiere a su rol de padres.		
c6	T2. F. ya ha visualizado un poco qué contaría a su familia de esa separación; y tú C., ¿cómo lo has visualizado?		
b3	T1. ¿Quién se sorprendería menos de que lo contaras?		
c5	T2. En estos momentos que C. habla de poder, a mí se ocurría preguntarte, ¿qué poder tienes tú?		



Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c5	T2. ¿Tú compaginas la idea de que estás loca porque te vayas a divorciar?	3	Desarrollo
c6	T1. ¿Cómo afectaría esta idea tus creencias con respecto a tu persona?		
c6	T1. ¿Cómo y cuándo se lo van a decir a su familia?, ¿cuál creen que sería la manera más adecuada de comunicárselo, y previendo un efecto positivo a todos ustedes?		
c6	T1. Si sus hijos les preguntaran, ¿qué pasó?, ¿por qué tomaron esta decisión?, ¿qué contestarían?		
c6	T2. Si C. fuera la iniciadora de la conversación y algo fallará, ¿tú interpretarías eso que ella acaba de decir?		
a4	T2. A pesar de que no lo habían platicado yo creo que lo habían pensado bastante. Yo creo que lo hicieron muy bien.		
a4	T1. Los que mejores saben cuál es el lugar y el momento adecuado son ustedes.		
c4	T3. Fíjense que me siento muy complacido de estar aquí con ustedes y poderles hacer llegar los comentarios de mis compañeros. Por un momento estuvimos acompañándolos en esos momentos de dolor ya que estaban tomando decisiones tan importantes; tenemos una gran seguridad nosotros que como padres lo están haciendo bien. Tan es así que están tomando una decisión de poder aclarar las situaciones. Creemos que es	3	Cierre

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>importante que se escuchen que puedan platicar y comentar. Como terapeutas (se dirige hacia M. y E.) no sé cómo lo vean ustedes muchachos, nuestra labor más importante es transmitir a las personas que solicitan ayuda a que puedan dialogar. A través del diálogo nos podemos entender y entenderse. Creemos que las relaciones se dan y también se agotan, creemos que ustedes se dieron lo que tenían que darse. Pero qué tarea tan importante la de ser padre. Ahora cada uno de ustedes le tiene que facilitar el camino al otro.</p>	3	Cierre
d1	<p>Nos vemos la próxima semana. Y se lleva su tarea, una tarea cargada de emociones.</p>		
a4	<p>T1. Yo veo a C. preocupada por hacer algo, por tratar de entender esta situación, por abrir camino en torno a cómo se va a convivir. El hecho de ir a un retiro, platicarlo y escribirlo son acciones terapéuticas en sí mismas.</p>	4	Inicio
c6	<p>T2. ¿Qué debió haber pasado para que esa congruencia con la que nosotros quedamos maravillados, al hablarles a sus hijos no suceda cuando ustedes salen de este lugar?</p>		
c8	<p>T1. Como tú dijiste E. la sesión pasada, el volcán no ha explotado, pero creo que ya empieza a hacer erupción.</p>		
c6	<p>T2. ¿Y si tardara mucho en lograr ser como ella quiere?</p>		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c1	T1. ¿Y cuándo te darás cuenta, que el cambio ha sucedido?	4	Inicio
c6	T2. ¿Cómo le va a facilitar cada uno de ustedes C. a F. y F. a C., el camino para ser padres?		
a2	T2. Si comenzamos a trabajar sobre el objetivo de la separación, ¿cuál sería el primer peldaño que tendrían que escalar?, ¿cuál sería para F.?	4	Desarrollo
b1	T2. ¿Creen que sus hijos ya se den una idea de lo que está pasando?		
c5	T1. Y tú también C., porque escucho tus comentarios con enojo, porque F. se va, y eso me confunde, ¿tú que piensas M.?		
b4	T2. Efectivamente, cuando F. toma la decisión de irse, inmediatamente C. alega tener coraje por la independencia de él. Y si nosotros terapeutas nos sentimos confundidos por esos niveles de comunicación, podemos entender la confusión de ustedes para actuar, ante estos mensajes tan contradictorios.		
c5	T2. Cuando dices que están tan separados a mí me confundes ¿en qué sentido dices tú que están tan separados?		
c6	T2. A ti F. te queda clara la postura de C., imaginen, ¿en qué condiciones estarían después de que se lo dicen a sus hijos?		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c6	T1. Pero, ¿por qué creen que se sentirán mal, si se los cuentan tal como lo hicieron aquí?	4	Desarrollo
c6	T2. ¿De qué manera tú harías que ellos no pensarán y sintieran eso que te imaginas? ¿Si estás ahí en ese lugar sin C. es una señal de que están peleados o de que ella no es importante?		
c6	T2. ¿Cómo no le harías sentir eso a tus hijos?, ¿cómo contribuirías a que tuvieran un significado diferente de la situación?		
	T1. Claro que es de enojo, y de enojo porque C. no ve cosas claras de tu parte. Ella ya accedió a que vayas a comer y propuso la solución de retirarse. Es tan difícil contárselo a sus hijos, decirles ustedes, como sus padres lo que han acordado. Creo que son más tus fantasmas con respecto a la separación, que el mismo propósito de que tus hijos no salgan dañados.		
c6	T1. ¿Cuáles serían los cambios, en esta nueva relación, cuando ya sea una pareja separada?		
c2	T1. Fíjate M. que C. se ha permitido dominar el enojo y se ha mostrado atenta a la conversación de F., ¿por qué este cambio?		
c8	T3. Durante esta sesión estuve con la sensación de estar en la montaña mágica, de repente me daba vértigo al fluir de tantas emociones, quería que llegara el final del viaje, y se me hacía interminable; sin embargo, este	4	Cierre

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	vértigo desapareció poco a poco, cuando escuchaba a F. y a C. concretizar acciones respecto a su separación, los ví escuchándose; en un momento C. no fue dominada por el sentimiento de enojo. Lo que parecía una lucha de pareja se transformó en una lucha por encontrar un espacio para la paternidad. E. hacia referencia a un volcán que estaba a punto de estallar. Y nosotros nos preguntábamos, si hacía falta un evento externo para que de este volcán pudieran emerger toda esa fuerza que está contenida, y queriendo salir desde hace muchos años.	4	Cierre
a4	T1. Pero gracias por también hacernos la aclaración. Y bueno cuéntenos, ¿cómo les fue con sus hijos?	5	Inicio
b3	T1. Dices que no les fue muy bien, ¿cómo esperaban ustedes que reaccionaran sus hijos?		
b1	T2. ¿Cuáles son las dificultades F. de que la separación se haga pública?		
b1	T1. ¿O sea que tú crees que C. ha estado exagerando?, ¿en qué situación, momento o con qué persona ha exagerado?	5	Desarrollo
c6	T2. ¿A ti cómo te afecta esto que C. comenta, como padre, como profesionista, como hombre?, no se quisiera que nos contaras.		
c6	T1. ¿Te gustaría a ti que C. no dijera, o comentara sobre su situación?, ¿cuál sería la diferencia?		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c6	T1. El platicar, el hacer partícipe de esta decisión, no partícipe, sino comentar a los demás lo que está pasando con esta pareja, con la separación, ¿cómo te hace sentir C.?	5	Desarrollo
c5	T1. Aquí la sesión pasada se llegaron a acuerdos y ustedes los respetaron, ¿cómo lo lograron en esta ocasión?, ya que los han llevado muy bien a cabo. Y fue lo que hicieron en estas semanas que no nos vimos, así es que no estoy de acuerdo contigo C. que no hay acuerdos.		
c6	T2. ¿Qué podríamos rescatar de esa situación dolorosa, difícil?, ¿encuentran algún aspecto positivo de todo lo que ha sucedido a raíz de la separación? Estas son preguntas para C. y F.		
c1	T1. Fijate M., que escucho sorprendida a F. y a C., por la cantidad de cosas novedosas que nos están revelando, y quisiera repetir las a ver si me quedaron claras. F. a diario va por sus hijos y platica con ellos más; también comenta que J. está mas cerca de él, y Adrián le dice que lo quiere. Por su parte C., se siente tranquila por la decisión que tomo, y con una actitud mejor, y reconoce haberle dado su lugar a F. como papá. ¿Sí es eso lo que escuché?		
b1	T1. Lo que a mí no me queda claro F., es ¿qué representa la comida para tí?, o más bien el acto de reunirse a la hora de la comida o sea, me gustaría que hablaras un poco más del tema.		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c1	T2. ¿Qué cosas le ha facilitado uno al otro para poder seguir teniendo esa función como padres?, ¿qué le facilitaría F. a C. y C. a F. para que ambos pudieran seguir teniendo esa función?	5	Desarrollo
c5	T1. ¿Tú crees que tus hijos demandan la atención de C. en el momento que estén en la hora de la comida?		
c4	T2. Yo creo F., que papás no significa estar pegados, estar sentado en la mesa junto a C., papá significa que tú interactúes con tus hijos en ese rol y C. interactué con sus hijos en ese rol. Hay cosas que indiscutiblemente tendrán que hacer juntos. Pero no significa estar juntos en todo. Yo creo que es claro que tus hijos te sienten papá cuando les hablas para darles las buenas noches, cuando se van a dormir a tu casa, cuando quieren compartir nuevas cosas, cuando les dices dos palabras más que antes.		
c6	T1. Por eso yo me preguntaba, ¿hasta qué punto ustedes dos son claros con su nueva función y con su nuevo objetivo?, ¿hasta que punto se ha puesto a pensar y han decidido cómo van a afrontar estas dificultades y este dolor?, y preguntarse si vale la pena también, pasar por todo esto, perder para ganar otras cosas.		
c5	T1. Esto es lo que a ti te duele, que los muchachos estén mal y no es porqué tú tengas las necesidad de que C. esté en este momento junto a ti, ¿estoy en lo correcto?		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c5	T1. Si tus hijos entienden esta situación, que ya te ha quedado clara a ti, ¿No habría ningún problema en que C. no estuviera en la mesa a la hora de comer?	5	Desarrollo
b1	T2. Ahorita dijo F. yo ya entendí, que no era un capricho tuyo. No se, ¿porqué será tan difícil que puedan tener un diálogo de esta naturaleza fuera de este espacio?		
c8	<p>T3. Ustedes dos son como los coautores de su obra en esta relación; y nosotros es como cuando vamos a una exhibición de arte en donde estamos tratando de comunicarnos con estos pintores, en este caso, que son ustedes dos. Hicieron esta obra y queremos entenderla, pero sin juicios, nosotros no somos ni jueces, ni vamos a ponernos aquí como a decir quien tiene la verdad de los dos. Ustedes son tan importantes porque cada uno de ustedes dos tuvieron su pincel en la mano y dibujó en ese espacio del color que ustedes nos han dado, y cuando ustedes nos permiten entrar en contacto con ustedes, yo creo que hablamos de que es un contacto humano, un contacto de las fibras más íntimas de su relación. Y solamente así nosotros podemos estar en contacto con ustedes. Y yo los invito a que ustedes hagan ese contacto entre ustedes dos, pero interesándose el uno por el otro.</p> <p>Pero si ustedes ya no son pareja, lo siguen siendo, ya estuvimos de acuerdo en relación a la educación de sus hijos y si no hay un interés, una disposición de conocernos, porque cada día estamos cambiando C., día</p>	5	



Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
b4	<p>a día le están pasando cosas distintas al igual que F.</p> <p>Otra cosa que quisiera decirles y que me preocupa es que si ustedes dos no alcanzan a vislumbrar todavía la responsabilidad como padres, y de saber que todavía ustedes tienen que arreglar su situación de pareja, van a dar un espacio a que se empiecen a filtrar los hijos; porque estoy viendo que J. está entrando al conflicto de pareja, porque él está viendo que no hay algo claro entre ustedes dos. Eso si me preocupa, y yo si quisiera compartirles de que no se dejaran atrapar en eso. Cada uno de ustedes puede facilitar el trabajo que tiene como padre y cada uno sabe lo que tiene que hacer, yo con esa reflexión quisiera terminar. Yo siento que han hecho un gran trabajo estos días muy grande para ustedes, por su familia, que es parte de un proceso muy normal del dolor de la separación, pero que yo creo que lo están haciendo de una manera muy responsable.</p>	5	Cierre
c3	<p>T1. Bueno, M. y yo estuvimos revisando el video y vimos muchas cosas que nos llamaron mucho la atención, que las queríamos compartir con ustedes, por lo que hemos hecho este escrito, con la finalidad de compartir nuestro punto de vista, sobre su historia. Lo vamos a leer, sacamos dos copias del mismo, uno para C. y otro para F. para que lo lleven a casa y dialoguen con él.</p> <p>No confundir facilitar al otro con interferir en su individualidad o manera de hacer</p>	6	Inicio

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>las cosas, pero ese facilitar no significa interferir u ordenar, no hacer que se haga lo que yo quiera, a lo mejor facilitar tiene un significado para ustedes que no nos lo han dicho.</p> <p>Evaluar en un conjunto en relación al objetivo, y no en hechos concretos, porque de repente vemos como que se centra la atención en un evento x y se pierde lo que es el conjunto de la situación. Cuando nosotros les preguntábamos cómo les fue, y contestan: pues más o menos nos fue, porque les dijimos a nuestros hijos, pero al final pasó esto, y se centran en el evento que llama más la atención, que no es el mejor, que es un punto del total, pero no lo es todo.</p> <p>Darse permiso de desbordarse, de perder el control, de no saber qué hacer, sí, están en un principio, aprendiendo algo, son como principiantes en una situación desconocida, esto habla mucho de que no pude tener control, perdí el control, algo que..., cuando algo se sale de las manos, causa angustia, pero también te da la oportunidad de intentar formas de actuar.</p>	6	Inicio
c1	<p>Pasar a la acción y no esperar a que el otro lo haga, como yo deseo que lo haga, de repente esperamos que el otro actúe, pero si yo lo puedo hacer en ese momento, también tener la responsabilidad de hacerlo. Empezar a pensar en esos aspectos que sí han sido positivos..., muchas cosas positivas, pensar positivo también a veces implica actuar.</p>	6	Desarrollo

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c6	<p>T1. Bueno por lo menos en esta conversación tan prolongada entre ustedes, C. ha resaltado un aspecto positivo, reconoce y le agradece a F. haber reaccionado y haber pedido disculpas.</p> <p>T2. ¿Qué de las medidas que haya podido emprender, no han sido pensadas en C., sino que han sido pensando en él mismo y que él mismo las haya llevado a cabo?</p>	6	Desarrollo
b1	<p>T2. Como que te ha sido imposible verlo como algo apartado de C. y de su entorno, como que es algo muy vinculado a C.</p>		
c6	<p>T1. Yo creo que lo de nosotros sí podemos manejarlo, cuando hay situaciones, a las demás personas no podemos manejarlas, ni decirles..., pero, ¿cuál es el efecto que tienen los demás sobre sus vidas?, ¿hasta qué punto las percepciones de los demás y sus ideas han bloqueado que se llegue sí, al objetivo que quieren lograr?</p>		
c6	<p>T1. Cuando se tienen expectativas de alguien que tiene mucho prestigio, alrededor se forman muchos fantasmas de lo que pueda pasar, el hecho es de que ustedes, ¿cómo van a esperar estos fantasmas y cómo los van a afrontar para que no los afecten?</p>		
b4	<p>T1. Eso ya es responsabilidad como pareja, si ustedes eran el matrimonio modelo, ni modo, se vale para los demás, se vale decir siempre no fue así.</p>		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c5	T1. Y no es responsabilidad de ustedes que los demás sigan su ejemplo o no lo sigan; hasta los límites personales, tú, ¿qué tanto esta situación puede afectar tu clientela F?, es algo real, o un supuesto.	6	Desarrollo
c6	T1. He pensado, ¿qué tanto se escuchan a ustedes mismos, y no a los demás? ¿qué debe estar pasando para que hayan dejado pasar a los demás, y meterse en sus vidas?		
b4	T2. F. y C. están convencidos de ese objetivo y emplean mucha energía en convencer a los demás y a lo mejor yo creo que eso no es necesario.		
c6	T2. A partir de tus comentario yo me preguntaba, ¿y cómo es posible que alguien como tú haya vivido con alguien cómo él? Al salvarlo a él te salvas a ti misma. La relación la construyeron los dos y la están desconstruyendo los dos.		
c8	T1. El volcán estalló, y las cosas tocaron fondo, creemos que la respuesta de ustedes es la natural ante un proceso de separación. C. está preocupada porque hubiera querido que las cosas fueran diferentes, que los demás la felicitaran por haber tomado esa decisión y que al abrir el bote de basura no haya causado tanto revuelo. Cada uno a su manera está llevando a cabo el duelo de la separación, algo se murió en la pareja, C. escribe cartas y platica sobre su situación; F., en cambio, lo maneja de una manera más individual, sin que por ello signifique que no esté su-	6	Cierre

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>friendo. Los amigos se están movilizando para lograr efectos sobre su relación y nosotros nos preguntábamos, ¿cómo se está movilizando F. y C. para dejar sin efecto los efectos de los demás?, ¿habrá otras maneras de manejar el dolor sin que sea tan perjudicial para ambos?, ¿cuáles serán las consecuencias a futuro si esta familia no pone límites al interior?</p>	6	Cierre
d1	<p>T2. Les dejamos que se lleven estas reflexiones a casa, y piensen en ellas, conversen con nuestras preguntas aunque no estemos nosotros presentes.</p>		
c1	<p>T2. Vaya que es una buena noticia iniciar con ustedes una conversación positiva. ¿Y qué son esas cosas buenas?</p>	7	Inicio
c8	<p>T1. Me siento muy emocionada de escuchar lo que tú y C. nos han compartido, sentía la sesión pasada que este volcán, como los habíamos bautizado, siempre iba a estar en erupción, y no se iba a estabilizar. Ahora me doy cuenta que no hay historias concluidas, hay muchos volcanes que están latentes, y nunca estallan.</p>		
c1	<p>T1. Si pudiéramos ponerle un número o calificar el avance que esta pareja ha tenido, por ejemplo, pensemos que al principio el conflicto entre ustedes era de 10, ¿cuál es el número que ahora le pondrían a ese conflicto?</p>	7	Desarrollo
c1	<p>T1. C. la sesión pasada y ésta, tú hablabas de un milagro, yo les preguntaría a los dos,</p>		

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
	<p>piensen que esta noche mientras están dormidos sucede un milagro y este problema se resuelve, ¿cómo sabrían que habría sucedido un milagro?, ¿qué sería distinto?</p>	7	Desarrollo
c4	<p>T1. Tú lo has dicho C., esto es algo que requiere tiempo, es como una bola de nieve, un cambio incorpora otro y facilita otro, y crecen y crecen las posibilidades de vivir historias diferentes.</p>		
c6	<p>T1. A mí me gustaría escuchar a F. y nos dijera ¿cómo se daría cuenta que ha sucedido un milagro?</p>		
c6	<p>T1. ¿De qué manera esta nueva actitud de ustedes tendría efectos sobre sus hijos?, ¿cuáles serían los cambios que notarían?</p>		
c6	<p>T1. Escucho cómo visualiza C. cosas importantes en el futuro a partir de un cambio en el presente. Esta actitud de pensar en positivo ¿cuánto creen que pueda durar?, ¿cómo van a mantener esta actitud?</p>		
c6	<p>T1. ¿Cómo se ve C. desarrollada en ese espacio personal?</p>		
a6	<p>T1. ¿Tú F. compartes la creencia de C. de que te es importante un espacio personal?</p>		
c1	<p>T1. O sea que los cambios no solamente los ven ustedes, sino que tiene coros para recordárselos. Por cierto, ¿se enteraron sus hijos de su huida a Nuevo Vallarta?</p>		

viene de la página anterior...

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c6	T2. ¿Cómo reaccionarán sus hijos, cuando vean a unos padres que se han podido poner de acuerdo?	7	Desarrollo
c4	T1. Me sorprenden tantos cambios, pero creo que ya se lo merecerían, ya merecían tener claro hacia donde iban, a ustedes y a nosotros nos ha costado trabajo llegar hasta este punto pero aquí vamos, ya vislumbro el final, ¿cómo la vez M.?		
c4	T2. Comentábamos E. y yo en este momento que salimos, qué importante ha sido la sesión de hoy, porque ambos han reconocido sus méritos como padres y como individuos. Decíamos que en un momento dudamos que esto pudiera ser posible, pero ni ustedes ni nosotros nos derrumbamos en el esfuerzo de aclarar a cada instante los objetivos. Creemos que eso nos permitió no desviarlos de sus intereses. Como tarea vamos a pedirles a cada uno de ustedes que hagan explícita esta conversación con las personas más significativas, y que nos puedan ayudar para que el cambio, no se quede en nuestras mentes, sino que se viva con las personas que quieren. Ustedes decidirán a quién convocan para decirles y contarles, ¿cómo se sienten?, ¿cómo se ven?, en fin lo que ustedes consideren que es importante que los demás sepan acerca de lo bien que están en estos momentos.	7	Cierre
d1			
c1	T1. ¿Y qué buenas noticias nos traen de estas dos semanas?	8	Inicio

Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c4	T1. Bueno, yo nada más quería comentar que de alguna manera J. está dándole guerra a cada uno, pero con los que no ha podido es con los papás, porque se lograron poner de acuerdo, F. lo dijo claramente «éstas son las reglas», ¿sí?, y de una manera se impuso sobre J., y ejerció su función y rol de papá.	8	Inicio
c4	T2. Bueno, como que tienen algo muy claro que es lo que tienen que hacer al respecto. Los veo como muy seguros y en sintonía, como dice E.		
c5	T1. A lo mejor hasta pueden prever qué es lo que puede pasar cuando pongan estos límites.		
c4	T1. Pues algo de lo bueno que yo estoy viendo es que C. y F. pueden ocuparse tranquilamente de sus hijos sin preocuparte de otras cosas que antes a lo mejor entorpecían el poder... yo veo a una C. que habla con sus hijos, que los entiende, los comprende. Esto a mí me da la seguridad de que están en condiciones de estar con ellos y seguramente esperar lo mejor y ver esos lados buenos que tienen.	8	Desarrollo
c4	T1. Tenemos que admitir que están cumpliendo muy bien sus tareas, y no las tareas que nosotros les dijimos, sino las tareas que ustedes querían hacer		
a4	T1. Lo que vemos es que ustedes ya cuentan con elementos que ustedes mismos ya han hecho para afrontar estas situaciones.		



Criterios de observación	Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión
c4	<p>Quizá luego sean nuevas situaciones las que tengan que afrontar.</p> <p>T2. Y el haber vivido una separación de esta manera, ¿qué dice acerca de lo que pueden hacer con la vida y con las decisiones, con lo que pueda venir?</p>	8	Desarrollo
c3	<p>T1. Nos gustaría a mí y a M., entregarles esto (es un documento), pero antes lo voy a leer, porque me parece muy emocionante poder compartir con ustedes su contenido.</p> <p>Durante las primeras sesiones, nuestros compañeros terapeutas, se sintieron agotados y en algún momento quisieron desertar, ya que no sentíamos que estuviéramos favoreciendo el cambio, y no consolidábamos los objetivos de la pareja. Pero en esta última sesión nuestra despedida, queremos compartir con ustedes la nueva historia que nos han inspirado, hemos notado cómo C. ha podido vencer a la desconfianza, y se ha dado la oportunidad de volver a creer, se ha dado permiso de encontrarse con ella misma y al mismo tiempo le ha permitido al otro, ese espacio de libertad. Por su parte F., ha reconocido su alcoholismo, y no sólo eso, ha tomado medidas, para vencerlo también. Ha dejado de ser un supervisor de las acciones de sus hijos para convertirse en su padre. Ambos se han valorado como personas individuales, han reestructurado su paternidad, y su definición como pareja, es un proceso que aún no concluye, pero que tampoco ha muerto.</p>	8	Cierre

## Anexo 2

### Eventos de cambio

Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión	Carac. del cambio
F. «En estos quince días reflexioné y no me sentiría bien fuera de casa, me harían mucha falta mis hijos, apapacharlos, esa fue la conclusión que saqué».	2	Inicio	a
F. «Cuando C. no es cuadrada me permite decirle que la quiero, que quiero estar con mi familia, que me hace falta y que no quiero dormir sólo en el cuarto».	2	Desarrollo	a
F. «C. tiene detalles lúcidos para mí cuando es elástica».	2	Desarrollo	a
F. «A partir de la separación vería más la necesidad de estar con ella, sin la presión, sin la agresión, y bueno también sentirme yo, porque con ella no me siento yo, y que las decisiones de actuar van a ser más solamente».	3	Desarrollo	a
C. «Creo que la decisión de separarnos ya es en sí misma una gran decisión. Nos está constando trabajo hacerlo bien, pero pudimos ponernos de acuerdo en los planes para vacacio-	3	Desarrollo	b

Descripción	Sesión número	Momento durante la sesión	Carac. del cambio
nar. Y convenimos que no había dinero, y no íbamos a salir».			
C. «Yo creo que sí hay que comentarlo a los hijos que ellos no tienen la culpa, es una decisión como pareja».	3	Cierre	a
C. «Se habló sobre la separación a los niños, fue aquí en Puerto Vallarta, fue hasta el domingo, J. (hijo) y S. (hija) lo sintieron como que ya lo sabían, fue más mi sorpresa de su reacción tan madura, que el miedo que sentía, eso me tranquilizó mucho».	5	Inicio	b
F. «Bueno, yo ya a diario los llevo a la escuela, les hablo por teléfono para darles las buenas noches. Adrián me dice más que me quiere, Juan está un poquito mejor conmigo; en ese sentido nos ha ido bien, lo malo es que me siento sólo, pero he tenido dos o más palabras más con ellos, y eso es muy bueno».	5	Desarrollo	b
C. «Lo positivo, en el sentido de no verlo y en el sentido personal, sí. Era algo que tenía que hacer y lo hice, me siento con la tranquilidad de haber hecho lo mejor. Tengo una actitud más positiva. He dado su lugar a cada cosa, le he dado su lugar como papá a él».	5	Desarrollo	c
C. «Yo quiero que aprendan a comunicarse sin la triangulación que ha habido siempre, mamá ha sido demasiado fuerte aquí, he sido su mamá (señalando a F.) y la mamá de todos quiero dejar de serlo».	5	Desarrollo	a

Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión	Carac. del cambio
C. «Le quiero platicar cosas muy buenas que han pasado. F. y yo salimos solos la semana pasada a comer, y se nos hizo casi cena de estar platicando».	7	Inicio	b
C. «F. me dijo que sentía mucho haberme lastimado a mí y a mis hijos, que quisiera poder regresar el tiempo y hacer las cosas de otra manera. Que eso no lo podía hacer, pero lo que sí podía hacer era hacer las cosas diferentes de ahora en adelante».	7	Inicio	b
F. «Yo invité a C. porque sentí que tenía que hacer algo, me cayó en cuenta que les había dejado las responsabilidades a ustedes y a ella de lo que yo quería lograr. Pero la verdad no sabía que hacer ni cómo empezar, y por eso se me ocurrió hacer algo que teníamos años sin hacer, salir solos a un lugar alejado. Le pedí perdón. Me costó mucho trabajo reconocerlo delante de ella, y me está constando trabajo decirlo delante de ustedes».	7	Inicio	b
F. «Yo le decía a C. que me gustaría formar un grupo en donde asistieran profesionistas con ese problema, porque la mayoría de mis compañeros lo ven así, como que los que van ahí son de otro grupo social, son elitistas».	7	Desarrollo	b
C. «Me siento muy contenta de que veo que esto se está arreglando, no estoy diciendo que vamos a regresar o que F. va a volver a la casa. Quiero continuar con el objetivo, pero haciendo las cosas que una manera muy diferente. Yo le pedí disculpas a F. por haber regado la sopa en todos lados, creo que se me pasó la mano. Lo	7	Desarrollo	a

Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión	Carac. del cambio
<p>entiendo. Pero a pesar de todo lo que hice F. responde por su trabajo y es reconocido por las personas que los apoya».</p>			
<p>C. «Bueno el milagro se dio de alguna manera, hubo comunicación, hubo disculpas, creo que los dos fuimos humildes y reconocimos parte de nuestros errores, y digo parte, porque son muchos, otros irán saliendo en el camino. Yo le quiero agradecer a F. aquí delante de ustedes el que haya tenido el valor de haber ido a solicitar ayuda, que haya reconocido que esto que le pasa es una enfermedad».</p>	7	Desarrollo	b
<p>F. «Me he dado cuenta de que cuando ella cambia yo cambio. Una cosa lleva a la otra, pero uno tiene que ceder. Porque sino esto se convierte en algo sin fin. Llevamos dieciséis años, no digo que todos han sido malos, pero hubieran podido vivirse de una manera diferente».</p>	7	Desarrollo	a
<p>C. «Quiero arreglar muchas cosas personales, muy más que han estado ahí abandonadas. Quiero darme ese espacio, quiero quererme más, atenderme, lo necesito».</p>	7	Cierre	a
<p>F. «Yo sí he tenido mucha vida social, me ha faltado darle más valor a ser esposo, a ser papá y es algo que quiero retomar».</p>	7	Cierre	a
<p>C. «Ahora me siento tan, tan tranquila de no estar al pendiente de él. Hasta mis hijos me dijeron, creo que fue el lunes a la hora de la comida, mamá hacía mucho que no te escuchábamos cantar, y dije de veras, porqué estoy cantando ahora».</p>	7	Cierre	b

Descripción	Sesión núm.	Momento durante la sesión	Carac. del cambio
<p>C. «Efectivamente hay más comunicación. Pues me siento muy tranquila porque, además me da mucho gusto que por lo menos algo bueno salga de cosas que no estaban tan buenas. Yo lo veo a F. muy decidido, muy positivo, con planteamientos que, ahorita precisamente veníamos hablando de un examen al cual le tiene mucho miedo, dice que le sudan las manos, pero que lo va a hacer».</p>	8	Inicio	c
<p>F. «Yo le comenté a J. que ahora con la terapia, estaba más pendiente de ellos, y dentro de esa atención que les voy a dar, también va a ver reglas si es que quiere irse a vivir conmigo».</p>	8	Desarrollo	b
<p>C. «A mí me da mucho gusto que F. esté haciendo cosas por sí mismo. Los logros que él está teniendo son de él. Como que creo que es un crecimiento muy grande ante los muchachos, ante mí la imagen de él está creciendo mucho. Como que ese ser él, ese ser yo, pues es importante que se diera para descubrirnos, los muchachos que nos descubran como papás».</p>	8	Cierre	c
<p>C. «Y si las cosas funcionan así, se puede ir rodando y puede haber, no sé, un nuevo enamoramiento, un nuevo muy diferente. Pero es un proceso, un crecimiento como personas, esa libertad cada uno con su personalidad. Ahorita estamos en una relación muy clara, y eso es muy importante».</p>	8	Cierre	c



# Anexo 3

## Hoja de registro por proceso terapéutico

	Inicio		Desarrollo		Cierre		Caso 10	
	F	%	F	%	F	%	Total F	%
<b>a1</b>	2	<b>1</b>	0	0	0	0	<b>2</b>	1
<b>a2</b>	7	<b>4</b>	2	1	0	0	9	<b>5</b>
<b>a3</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>a4</b>	4	2	5	3	0	0	9	<b>5</b>
<hr/>								
<b>b1</b>	2	1	10	<b>6</b>	0	0	12	<b>7</b>
<b>b2</b>	2	1	2	1	0	0	4	<b>2</b>
<b>b3</b>	3	2	6	4	0	0	9	5
<b>b4</b>	0	0	6	4	2	1	8	5
<hr/>								
<b>c1</b>	12	<b>7</b>	10	<b>6</b>	0	0	22	<b>13</b>
<b>c2</b>	0	0	3	2	0	0	3	2
<b>c3</b>	2	1	0	0	0	0	2	1
<b>c4</b>	2	1	12	<b>7</b>	4	2	18	<b>10</b>
<b>c5</b>	0	0	20	<b>11</b>	0	0	20	<b>11</b>
<b>c6</b>	7	4	35	<b>19</b>	0	0	42	<b>24</b>
<b>c7</b>	0	0	0	0	4	2	4	2
<b>c8</b>	2	1	4	2	2	1	7	4
<b>c9</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<hr/>								
<b>d</b>	0	0	0	0	4	2	4	2

Total 99

Criterio de logro: éxito.





## Bibliografía

- Albuérne, F. (1998). «La supervisión en psicoterapia tres modelos formativos». En: López Carrasco M.A. (comp.) *La supervisión en psicoterapia modelos y experiencias*. Puebla, México: Universidad Iberoamericana Plantel Golfo.
- (2000). El Proceso formativo en psicoterapia familiar: Propuesta de evaluación cualitativa en el proceso de supervisión. En Centeno M.; Barrientos, M.; Juárez D. y Jiménez R. *La Terapia Familiar en México, hoy*. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 2,41-77.
- (1992). La ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1985). Dimensiones de la Terapia Familiar. Grupo e Instituciones. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1990). El terapeuta como director escénico del drama familiar. En A. Ackermans y M. Andolfi (comp.) *La creación del sistema terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1994). *Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

- Ausloos, G. (1995). *Las capacidades de la familia*. Herder: Barcelona.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beck, A.T.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona: Herder.
- Bernart, R. y Dobrowski, C. (1998). La supervisión clínica en formación. *Redes*, 4,31-68.
- Bernstein, A. Douglas y Nietzel, Michael, T. (1991). *Introducción a la psicología clínica*. México: Trillas.
- Bertalanffy, L. (1988). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
- Boscolo, L. y Brentano, M. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia sistémica de Milán*. Barcelona: Gedisa.
- Botella, L. y Feixas, G. (1988). *Teoría de los constructos personales, aplicados a la práctica psicológica*. Barcelona: Paidós.
- Bowen, M. (1978). *La terapia familiar en la práctica clínica*. México: Biblioteca de Psicología.
- Brigham, L. y Harvey, J. (1999). Therapist debriefing interviews: Therapist versus ethnographer. *The American Journal of family Therapy*, 27,315-328.
- Cade, B. y O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. (2000). La formación del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*, 60, 3-9.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing Circularity and Neutrality Revised and Invitation to Curiosity. *Family Process*, 26, 405-414.
- (1992). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. Mc.Namme y K.J Gergen (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Crane, D.R. y Hafen, Jr. M. (2002). Meeting the Needs of Evidence-based Practice in Family Therapy. *Journal of family therapy*, 24, 113-124.
- de Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- (1988). *Claves de terapia familiar breve*. Barcelona: Gedisa.
- Dermot, R. y Carr, A. (2001). A study of the differential effects of Tomm's questioning styles on therapeutic alliance. *Family Process*, 1, 66-77.
- Efran, J.S.; Lukens, M. y Lukens, J. (1994), *Lenguaje, estructura y cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Feixas, G., Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., (1990). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- Foerster, H. Von. (1988). La construcción de la realidad. En Watzlawick, P. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Fruggeri, L. (1992). El proceso terapéutico como construcción de cambio. En S. Mc.Namme y K.J. Gergen. (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gehart-Brooks, D. y Lyle, R. (2000). Client and therapist perspectives of change in collaborative language systems: an interpretative ethnography. *Journal of systemic Therapies*, 4, 58-76.
- Gergen, J. y Kaye, J. (1992). Más allá del significado terapéutico. En S. Mc.Namme y K.J. Gergen (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Geyerhofer, S. y Komori, Y. (1999). Ensayo de integración de modelos posestructuralistas de terapia breve. En G. Nardone y P. Watzlawick (comp.). *Terapia Breve Filosofía y Arte*. Barcelona: Herder.
- Glaserfeld, E. (1988). Introducción al constructivismo radical. En: Watzlawick, P. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- (1990). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de psicoterapia*, 4, 57-71.
- (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*. 1,3-16.
- Gutiérrez, E. y Escudero, V. (1993). Revisión crítica de la fundamentación de la terapia familiar sistémica. *Boletín de Psicología*, 16, 91-106.
- Haley, H. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hare-Mustin, R. (1994). The speeches in the reflected room: A postmodern analysis of therapy. *Family Process*, 33,19-35.
- Hirsch, H. (2000). La psicoterapia breve a cincuenta años. Conferencia impartida en el 1er. Congreso Internacional de Psicoterapia Breve en la ciudad de Puebla, México.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. Mc.Namme y K.J Gergen. (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Johansen, B. (1985). Introducción a la teoría general de sistemas. México: Limusa.
- Keeney, B.P. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- (1995). *La improvisación en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Kogan, S.M. y Bronze, A. (1998). Reading Against the Lines: Resisting the exclusion in the Speech of the Therapy. *Family Process*, 37,495-512.
- Kogan, S.M. (1998). The politics of making the meaning: the analysis of the Speech of a postmodern interview. *The newspaper of Family Therapy*, 20, 229-251.
- Lax, D.W. (1992). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. Mc.Namme y K.J Gergen (comp.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Legg, C. y Stagaki, P. (2002). How to be a postmodernist: a user's guide to postmodern rhetorical practices. *Journal of family therapy*. 24,385-401.
- Liddle, H.A. (1991). Empirical values and the culture of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17,327-348.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Madanes, C. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. J. (1985). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M.J. Mahoney y A. Freeman (comps.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Maldonado, I. (1996). Corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. *En Revista Universidad de Guadalajara, nueva época* 4, 35-40.
- Medina, R. (1996). Terapia familiar como construcción sociocultural: Hacia una terapia latinoamericana. *En Revista Universidad de Guadalajara, Nueva época*. 4,21-35.
- (2001). Contribuciones de las ciencias sociales a la terapia familiar. *Redes*. 7,21-51.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Montalvo, B.G., Guerney, B., Rosman, B.L. y Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. Nueva York, EUA: Basic Books.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, A. y Salvini, (1999). La investigación-intervención en el campo clínico. En G. Nardone y P. Watzlawick (comp.) *Terapia breve filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W.H. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- (1994). The Third Wave. *The family Therapy Networker*, Nov-Dec, 19-29.

- O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Orlinsky, D. (2001). *In Search of Family Therapists: Who Are They And What Do They Do?*. North American Region/Conference. Puerto Vallarta, México.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1982) «Circular questioning». *Family process*. 21, 267-280.
- (1985). Feed-forward: future questions, future maps. *Family process*. 24, 299-311.
- (1995). *El dilema del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Piercy, F.P. y Sprenkel, D.H. (1990). Marriague and family therapy: A decade review. *Journal of Marriague and the Family*. 52, 1116-1126.
- Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Roberts, D. y Orlinsky, D. (2001). *Who Treats the seriously Mentally Ill?* North American Region/Conference, Puerto Vallarta, México.
- Ryan, D. y Carr, A. (2001). A study of the differential effects of Tom's questioning styles on therapeutic alliance. *Family process*, 40, 67-77.
- Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Tree guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Sell, S.; Smith, T. y Sprenkle, D. (1995). Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods: A Research Model. *Family Process*, 34, 199-218.
- Sells, P.; Smith, T.E.; Coe, J.; Yoshioka, M. y Robbins, J. (1994). *An Ethnography of Couple and Therapist Experiences in*

- Reflecting Team Practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3,247-266.
- Sluzki, C. (1992). Transformaciones: Una propuesta para cambios narrativos. *Revista de psicoterapia*, 6, 5-19.
- (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- (1999). *Investigación cualitativa y cuantitativa, una perspectiva construccionista*. *Redes*, 5, 73-84.
- Snyder, M. (2002). Applications of Carl Rogers' theory and practice to couple and family therapy: a response to Harlene Anderson and David Bott. *Journal of family therapy*. 24,317-325.
- Stierling, H. (1990). *Cómo elaborar un Genograma*. Barcelona: Gedisa.
- Tomm, K. (1987). «Interventive, interviewing». *Family process*, 26,167-183.
- (1988). Interventive interviewing: Part. III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27,1-15.
- Wainstein, M. (1999). La influencia del constructivismo en psicoterapia. En G. Nardone y P. Watzlawick (comp.). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1989). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- (1994). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona: Herder.
- (1999). La técnica psicoterapéutica del reencuadre. En G. Nardone y P. Watzlawick (comp.). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P y Nardone, G. (1999). *Terapia breve, filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P; Beavin, B. y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. (Trad. Cast: *Teoría de la Comunicación humana*, Barcelona: Paidós 1997).
- (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- (1981).



- Watzlawick, P.; Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York, W. W. Norton (Trad. Cast.: *Cambio*, Barcelona: Herder, 1994).
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*: Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wolley, S.; Butler, M. y Wampler, K. (2000). Unraveling Change in Therapy: Three Different Process Research Methodologies. *The American Journal of Family Therapy*, 28,311-327.
- Winne, L. (1961). The study of intrafamilial alignments and split in exploratory family therapy. En N. Ackerman, F.L. Beatman y S.N. Sherman (Comps.). *Exploring the base for family therapy*. Nueva York, EUA: Family Services Association of America.



*La evaluación de competencias del terapeuta familiar sistémico:*  
*«Un modelo de formación y supervisión en contextos clínicos»*  
terminó de imprimirse en marzo de 2005  
en los talleres de Ediciones de la Noche,  
noche@megared.net.mx,  
Guadalajara, Jalisco, México.

Composición tipográfica: Laura Biurcos Hernández.

Tiraje: 1 000 ejemplares.

Las interrogantes que surgen en la práctica clínica cotidiana son muchos, y la mayoría de ellos contiene elementos de juicio hacia nuestra intervención terapéutica: ¿logré la empatía?, ¿la terapia concluirá en éxito?, ¿regresará mi cliente la siguiente sesión?, ¿la técnica que utilice fue la correcta?, ¿es apropiada la teoría que dispongo para analizar el caso?, ¿cómo está impactando mi historia relacional en mis intervenciones? Estas son solo algunas de las preguntas que nos sitúan ante la exigencia de estudiar y realizar investigación sobre nuestra práctica clínica, ya que en la actualidad el entrenamiento de terapeutas se orienta a favor de la adquisición de técnicas y procedimientos en detrimento de la investigación. El contenido de este texto aborda el pensamiento sistémico, en el ámbito teórico, clínico y de investigación, (reconciliación indispensable) brindando a los terapeutas experimentados o en formación elementos referenciales que guían su práctica, aminorando los huecos entre lo que el terapeuta hace en terapia y dice que hace. Se trata en definitiva de una aproximación, una invitación a recorrer el escenario clínico, viajando por los pasillos de la teoría y visualizando las competencias del terapeuta que acompañan sus éxitos y fracasos en la psicoterapia. Los resultados de la investigación que se presenta arrojan una respuesta cautelosa hacia la pregunta: ¿qué es lo efectivo de la psicoterapia?



ISBN 968-7846-78-X



*Centro Universitario de la Costa*