

Universidad San Francisco de Quito

**Estudio de caso: Terapia Sistémica para la ansiedad y la depresión
subclínicas.**

Estefanía Martínez Cobo

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicología Clínica

Quito

Marzo, 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Estudio de caso: Terapia Sistémica para la ansiedad y la depresión
subclínicas.**

Estefanía Martínez

Esteban Iaso Ortiz
Master en Terapia Familiar Sistémica
Director y Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja PhD.
Miembro del Comité de Tesis

Jacobo Recalde
Psicólogo Clínico
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández- Salvador
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, Marzo 2011

© Derechos de Autor

Estefanía Martínez Cobo

2011

Resumen

Actualmente, una alta proporción de demandas terapéuticas se concentran en dificultades cotidianas que reflejan sufrimiento y malestar causados por padecimientos subclínicos. Gran parte de estos padecimientos está conformado por sintomatología ansiosa y depresiva, que son influidos en gran medida por conflictos relacionales. Sobre la base de esta información, se llevó a cabo un proceso de terapia sistémica en un estudio de caso único con una cliente de 41 años, que presentaba síntomas de ansiedad y depresión subclínicas. La terapia se centró en los patrones relacionales que se evidenciaron en la dinámica familiar, los cuales no estaban siendo funcionales para la familia en el momento de consulta. Se aplicó el test OQ-45.2 de estrés psicológico general al principio, al final, y luego de seis meses de la culminación del tratamiento. Los resultados demuestran una disminución significativa del distrés psicológico al finalizar el tratamiento, y una mantención de estos cambios a mediano plazo; lo cual sugiere que la terapia sistémica fue un tratamiento efectivo para este caso.

Abstract

Nowadays, a high proportion of psychotherapeutic demands focus on everyday difficulties, which reflect the suffering and distress caused by subclinical conditions. Great part of those conditions is composed of anxious and depressive symptomatology, which is highly influenced by relational conflicts. Based on this information, a systemic psychotherapeutic process was conducted in a single case study with a 41 years old female client, who presented subclinical depression and anxiety symptoms. Therapy was focused in the relational patterns that became evident in the family dynamics, which were not being functional for the family at the time of consultation. The OQ-45.2 test of general psychological distress was administered at the beginning, at the end of treatment, and after six months of its culmination. Results show a significant decrease in the subject's level of psychological distress at the end of treatment, and maintenance of these changes after six months; which suggests that systemic therapy was a successful treatment for this case.

Tabla de contenido

| | |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Tabla de contenido | vi |
| 1. Base teórica | 1 |
| 2. Introducción al caso | 36 |
| 3. Profundización del caso | 37 |
| 4. Historia | 39 |
| 4.1. Familia | 39 |
| 4.2. Educación-ocupación | 39 |
| 4.3. Social | 39 |
| 4.4. Salud médica y mental | 40 |
| 5. Evaluación | 40 |
| 6. Conceptualización del caso | 42 |
| 7. Procedimiento-tratamiento | 48 |
| 7.1. Esquema procedimiento por sesión | 53 |
| 8. Resultados | 57 |
| 9. Implicaciones del tratamiento en el caso y recomendaciones | 59 |
| 10. Referencias bibliográficas | 63 |
| | |
| Anexos | |
| | |
| Anexo 1 Informes de caso clínico | 65 |

Base teórica

Según el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) de la Organización Mundial de la Salud (WHO), los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en la mayor parte de países a nivel mundial (WHO, 2000). Estos trastornos afectan a la mayor parte de las personas de forma activa durante toda su vida, lo cual es preocupante por el fuerte impacto negativo que éstos tienen en su calidad de vida (WHO, 2000). Dos de los trastornos más comunes presentados a nivel mundial son la depresión y la ansiedad (WHO, 2000). En este estudio, de todos los encuestados que padecen un desorden mental, por lo menos una tercera parte presentan desórdenes de ansiedad. De igual manera, los desórdenes del estado de ánimo resultaron representar otro tercio de todas las personas con una condición psiquiátrica en la muestra. Además de la alta incidencia de depresión y ansiedad en la población éstos trastornos están considerados entre los principales motivos de consulta en terapia (Denton & Burwell, 2006).

En la actualidad, las demandas terapéuticas no se concentran únicamente en diagnósticos tradicionales como la esquizofrenia, depresión, desórdenes alimenticios, adicciones y trastornos de ansiedad; sino también en dificultades menores que demuestran malestar y sufrimiento en las personas sin ser trastornos mentales propiamente dichos sino padecimientos subclínicos (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010). Entre estos motivos de consulta se encuentran el duelo por la muerte de un ser querido, los problemas de pareja, las rupturas de relaciones amorosas, los problemas de convivencia y educación de los hijos, la conducta violenta de adolescentes, el estrés en el trabajo y otras áreas de la vida, etc. (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010). Actualmente, estos problemas (principalmente relacionales) equivalen a casi el 20% de las demandas en los centros de salud. Se cree que las personas que acuden con estos pedidos se sienten desbordadas por sus conflictos; y piensan que no cuentan con estrategias de afrontamiento eficaces para los problemas cotidianos ni tampoco con una red familiar y social sólida que les brinde suficiente apoyo para superar sus dificultades (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010). Estas investigaciones reflejan la necesidad actual de realizar investigaciones acerca del tratamiento de trastornos como la ansiedad y la depresión; y de otros malestares conectados a conflictos en las relaciones interpersonales y familiares. La justificación para ello es la alta incidencia de estos problemas y el hecho de que son los motivos más

comunes por los que las personas asisten a terapia.

La depresión es un padecimiento mental que se caracteriza por un estado de ánimo excesivamente disminuido (Barlow & Durand, 2007). En este trastorno se presentan síntomas cognitivos y una alteración de las funciones físicas que interfieren de forma significativa en la capacidad de funcionamiento de quien lo padece (Barlow & Durand, 2007). El Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002, p. 356), establece los siguientes criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1. estado de ánimo depresivo o 2. pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables 4. insomnio o hipersomnia casi cada día 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cuando existen “trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)” (APA, 2000, p. 357) se realiza un diagnóstico de trastorno depresivo no especificado.

Coyne (1997; En Denton & Burwell, 2006) ha propuesto un modelo sistémico que concibe la depresión como una circularidad relacional. Este autor sostiene que los síntomas depresivos de una persona (irritabilidad, apatía, anhedonia, etc.) producen conflictos en su pareja, quien emite por un lado una respuesta innata de cuidado (Fishbane, 2007) y, por otro, siente molestia y frustración por el comportamiento de su pareja. Esto puede resultar en un sentimiento de culpa en el esposo o esposa, y el intento fallido de inhibir la insatisfacción que siente hacia su pareja deprimida puede expresarse en forma de apoyo fingido, evitación y/o rechazo (Coyne, 1997; En Denton & Burwell, 2006). A su vez, estas conductas confirman el temor de la persona deprimida de ser rechazada, lo que puede hacerle sentir insegura. Esto suele incrementar el malestar y las conductas del paciente que molestan a su pareja (que normalmente, por motivos evolutivos, evocarían conductas de cuidado en el otro) (Coyne, 1997; En Denton & Burwell, 2006). Sin embargo, en este contexto la pareja siente cada vez más frustración y culpa, lo cual mantiene el círculo de interacción que, inclusive, puede resultar en el desarrollo de síntomas depresivos en la pareja de la persona deprimida (Coyne, 1997; En Denton & Burwell, 2006). Para comprobar empíricamente esta teoría, Coyne (1997; En Denton & Burwell, 2006) demostró que los sujetos que mantenían una conversación telefónica con pacientes depresivos se sentían más hostiles, ansiosos, rechazantes y deprimidos que aquellos que mantuvieron conversaciones con una persona no deprimida.

Existe apoyo empírico para considerar que el desarrollo de la depresión está conectado con conflictos en las relaciones interpersonales, sobre todo con la pareja; y que, a su vez, la depresión aumenta la probabilidad de que se desarrollen problemas relacionales (Feixas, *et al.*, 2009; Whisman, 2001; En Denton & Burwell, 2006). En un estudio, Whisman (2001; En Denton & Burwell, 2006) demostró que existe una correlación de .42 en mujeres y de .37 en hombres entre la insatisfacción matrimonial y la sintomatología depresiva. El mismo autor encontró también que las personas

diagnosticadas con depresión tienen mayor tendencia a presentar insatisfacción con respecto a su matrimonio. Asimismo, un estudio longitudinal demostró que las personas que presentan insatisfacción ante su matrimonio y relaciones conflictivas con su pareja tienen una probabilidad 2.7 veces mayor de desarrollar depresión en el lapso de un año que aquellos que se sienten satisfechos con su relación marital (Whisman & Bruce, 1999; En Denton & Burwell, 2006). También se ha demostrado que el nivel de críticas que una persona recibe de su pareja mientras viven juntos está directamente relacionado con la aparición de depresión (Vaughn & Leff, 1976; Hooley *et al.*, 1986; & Okasha *et al.*, 1994; Todos en Leff *et al.*, 2000). Además, se ha encontrado que el aumento de la intimidad y el apoyo de la pareja reducen los niveles de depresión (Goering, Lencee & Freeman, 1992; En Feixas, *et al.*, 2009). Todos estos datos apoyan la existencia de una estrecha conexión entre la dinámica de las relaciones y la, lo que sugiere que la terapia sistémica puede ser efectiva para abordar este trastorno (Larner, 2004; Prest & Robinson, 2006).

Se ha comprobado que la depresión en la mayor parte de las ocasiones se presenta cuando existe un trastorno de ansiedad y, además, ésta puede considerarse una consecuencia de la ansiedad (Breslaw, Shultz y Peterson, 1995; Kessler *et al.*, 1996; todos en Barlow & Durand, 2007). Además, se sospecha que el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor tienen una base genética común y que los factores ambientales tienen un efecto en la manifestación de ambos (Kendler *et al.*, 1992; En Tyrer & Baldwin, 2006). Varios autores argumentan que, debido a su alta comorbilidad, el trastorno de ansiedad generalizada puede considerarse parte del espectro de los trastornos del estado de ánimo en lugar de una patología independiente. (Tyrer & Baldwin, 2006; Barlow & Durand, 2007).

La ansiedad es una emoción natural en los seres humanos que tiene un valor evolutivo para mantener al individuo fuera de peligro (Dowbiggin, 2009). Sin embargo, la ansiedad presentada en las personas en contextos no amenazantes, donde no se puede identificar un agente que cause estos síntomas es considerada patológica (Tyrer & Baldwin, 2006). El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por miedo y ansiedad que no parten de eventos estresantes recientes y específicos (aunque algunas situaciones puedan agravar la sintomatología; Tyrer & Baldwin, 2006). Este trastorno es dos veces más común en mujeres que en hombres y presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (Tyrer & Baldwin, 2006).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 476) los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada son los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Cuando un trastorno con sintomatología ansiosa no cumple con los criterios específicos para el diagnóstico de uno de los trastornos de ansiedad (ataque de pánico sin agorafobia, ataque de pánico con agorafobia, agorafobia sin ataque de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a ansiedad médica, o trastorno de ansiedad inducido por sustancias), se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad no especificado (APA, 2000).

A partir del final de la segunda guerra mundial, la tasa de casos de ansiedad reportados ha incrementado exponencialmente, lo que ha movido a diversos investigadores a postular la existencia de factores sociales y relacionales conectados con este incremento en la tasa de incidencia (Dowbiggin, 2009). Por otro lado, se piensa que una contribución importante para el desarrollo de la sintomatología ansiosa se encuentra en sucesos estresantes que activan la vulnerabilidad psicológica y biológica que una persona puede tener hacia la ansiedad. La mayoría de los estresores identificados como causas de ansiedad son de carácter relacional, como el matrimonio, el divorcio, las dificultades en las relaciones laborales, la muerte de un ser querido, entre otros (Barlow & Durand, 2007). Estos datos demuestran la gran influencia que los factores relacionales tienen sobre el desarrollo de esta patología, lo que a su vez, sugiere una razón importante por la cual la terapia sistémica puede ser efectiva para el tratamiento de la ansiedad. La terapia sistémica es un espacio en el que aquellos patrones de interacción y sistemas de creencias familiares, que a menudo son agentes mantenedores de los desórdenes de ansiedad, se pueden transformar (Carr, 2009). Las investigaciones no solamente han encontrado una fuerte relación entre la ansiedad y los factores relacionales, sino que ha demostrado la gran influencia que tienen ciertos agentes de las relaciones interpersonales sobre el desarrollo de la depresión.

Esta estrecha conexión que existe entre trastornos como la ansiedad y la depresión con factores relacionales, como se ha mencionado anteriormente, sugiere la importancia de considerar a la terapia sistémica como un tratamiento efectivo y adecuado para estos desórdenes. Además, existen diversos estudios que confirman su eficacia para el tratamiento de la *depresión* (Carr, 2009; Estrada, Beyebach, Delgado & Freire, 2008; Larner, 2004; Leff *et al.*, 2000; Muñiz, 2004; & Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010) y la *ansiedad* (Carr, 2009; Lambert, Okiishi, Finch & Johnson, 1998, En Larner, 2004; Muñiz, 2004; Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010). En una investigación realizada en España por Benito Estrada, Michael Beyebach, Carmen Delgado y Roberto Freire (2008) se aplicó un tipo de terapia sistémica, la terapia breve centrada en soluciones a través de lenguaje de signos, a tres pacientes diagnosticados con depresión (que padecían además de sordera profunda). En la población de personas no oyentes existe una mayor frecuencia de casos de depresión media, moderada y severa que en personas oyentes (Leigh y Anthony, 2001; Leigh, Robins, Welkowitz y Bond, 1989; Marcus, 1991;

McGhee, 1995; En Estrada, Beyebach, Delgado y Freire, 2008), lo cual dirige la atención hacia la necesidad especial de esta población específica de acceder a psicoterapia y otros tratamientos. Además, da luces acerca del gran reto que representa para un modelo terapéutico el comprobar su efectividad general al intervenir en una población de alto riesgo, que impone limitaciones logísticas específicas para la aplicación del tratamiento. A pesar de las demandas específicas de la situación, los autores comprobaron que la terapia breve centrada en soluciones es efectiva para disminuir la sintomatología depresiva de forma significativa. Hay que reconocer que este estudio presenta algunas limitaciones, entre las cuales se encuentra el hecho de no contar con una muestra amplia ni un grupo de control. Sin embargo, el uso de instrumentos válidos y fiables, las medidas de estandarización de procedimiento y de supervisión para la mantención de la integridad del proceso hacen de él una fuente confiable de referencia y de aporte a la evidencia de la eficacia de la terapia sistémica, en específico la terapia breve centrada en soluciones.

En el caso estudiado en el presente documento, a diferencia del estudio de Estrada et al. (2008), no se guió el tratamiento por un manual estandarizado de terapia. Además, la cliente atendida no era sorda, por lo que la terapia se llevó a cabo en lenguaje verbal y no de signos. La coincidencia se encuentra en el marco teórico sobre el que se basó el tratamiento y varias de las técnicas (como el trabajo con excepciones y preguntas imaginativas con referencia al futuro).

En un análisis de meta-contenido de 38 ensayos aleatorios controlados realizado por Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff (2010), se comprobó que la terapia sistémica es eficaz para el tratamiento de adultos con desórdenes alimenticios, esquizofrenia, desórdenes de abuso de sustancias, factores sociales y psicológicos relacionados a condiciones médicas y desórdenes físicos, y trastornos del estado de ánimo. Además, los autores llegaron a la conclusión de que la terapia sistémica puede ser efectiva para desórdenes de ansiedad. Los ensayos aleatorios controlados revisados en este estudio evaluaban la aplicación de terapia sistémica en formato familiar, individual, grupal, de pareja y de grupo multifamiliar. Los resultados obtenidos demostraron ser estables a lo largo de 5 años de seguimiento. La conclusión de los autores es que “Existe una sólida base de evidencia para la eficacia de la terapia sistémica para pacientes adultos con desórdenes mentales en al menos cinco grupos diagnósticos” (p. 457). Además, se postuló que en 34 de los 38 ensayos revisados, la terapia sistémica es significativamente más eficaz

que los grupos de control, e igual o más eficaz que otras intervenciones psicoterapéuticas; que no presenta efectos adversos y que el índice de deserción es menor que en otros modelos terapéuticos (Beutler et al., 1993; Giacomo et al. 1997; Stranton & Shadish, 1997; & Willutzki et al., 2004; todos en Sydow, et al., 2010; & Leff et al., 2000). Los autores advierten que en algunos casos de trastornos graves y severos la terapia sistémica por sí misma podría no ser suficiente, y es necesario considerar una combinación de tratamiento con otro tipo de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Finalmente, afirmaron que las intervenciones más eficaces de terapia sistémica y ericksoniana incluyen un componente de orientación hacia las fortalezas y recursos de los clientes (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; En Sydow, et al., 2010) y de reestructuración o reformulación positiva (Shoham-Salomon & Rosenthal, 1997; En Sydow, et al., 2010).

La cantidad de estudios controlados de tratamiento de terapia sistémica en *trastornos afectivos* incluidos en el análisis de Sydow, et al. (2010) fue de 7, de los cuales 5 cumplieron con el criterio de éxito. En cuanto a los trastornos de *ansiedad*, se tomaron en cuenta 2 estudios y ambos fueron exitosos. Se consideraron exitosos a aquellos estudios en los cuales la terapia sistémica fue igual o más eficaz que otros tratamientos (por ejemplo terapia individual psicodinámica, terapia cognitivo conductual individual, terapia individual no directiva, psicoeducación familiar, terapia de grupo, medicación, etc.) o significativamente más eficaz que el grupo de control o tratamiento médico rutinario. A aquellos trastornos para los que se comprobó la efectividad de la terapia sistémica en tres o más ensayos clínicos exitosos se los consideró como estudios con evidencia empírica sólida. Por lo tanto, se concluyó que existe evidencia empírica sólida para el tratamiento sistémico de trastornos del estado de ánimo y que el tratamiento para trastornos de ansiedad tiene evidencias empíricas pero debe ser más investigado.

Otro artículo que abordó la efectividad de la terapia sistémica para tratar síntomas depresivos y ansiosos fue el de José Antonio Muñiz (2004). Este estudio contó con una muestra de 65 sujetos para comprobar la efectividad de la terapia familiar breve. El 50.8% de los clientes recibieron terapia sistémica familiar, el 15.4% terapia sistémica de pareja y el 33.8% terapia sistémica individual. Los diagnósticos más comunes para esta muestra fueron trastornos de conducta (24.6%), trastornos afectivos (21.5%) y trastornos de ansiedad (12.3%). A pesar de no ser una investigación que apunta directamente a comprobar la efectividad de la terapia sistémica para reducir la ansiedad y la depresión, el

alto porcentaje de casos con este diagnóstico incluidos permiten realizar esta conexión. Muñiz (2004) reporta que el 78.9% de los clientes atendidos tuvo un resultado exitoso. La media de sesiones de terapia fue de 5.1, un lapso de asistencia a tratamiento más corto de lo usual en otros modelos terapéuticos, lo que implica un ahorro de tiempo al momento de disolver las inquietudes de los clientes, y demuestra su eficiencia. Una limitación de esta investigación es que no se utilizó un grupo de control con el cual comparar los resultados. Sin embargo, un indicador de su validez es evidenciada por el autor al comparar los resultados con el índice de remisión espontánea planteado por Eysenck (1952, En Muñiz, 2004), quien expone que la remisión espontánea se da en un 72% al cabo de dos años. La mejoría de un 78% de los clientes en este estudio supera esta cifra. Estos estudios son de gran relevancia en este caso, ya que se han llevado a cabo en España, una población latina que puede ser más similar que otras a la Ecuatoriana.

El estudio de Muñiz y el estudio de caso presentado en este documento son similares en cuanto a que en el primero se aplicó terapia sistémica breve con una media de 5 sesiones; y en el segundo se aplicaron 5 sesiones también. Las diferencias principales entre ambos residen en que Muñiz aplicó una mayor variedad de técnicas terapéuticas, contó con una mayor cantidad de sujetos en la muestra, llevó a cabo su estudio en una distinta locación demográfica y utilizó otros instrumentos para la medición de resultados.

En el año 2009, Alan Carr publicó una revisión de meta análisis, revisiones sistemáticas de literatura y ensayos controlados acerca de la efectividad de la terapia familiar y de pareja en adultos con problemas mentales y de relaciones. Carr concluyó que existe evidencia suficiente para apoyar la efectividad de la terapia sistémica, tanto por sí misma como combinada con otros tratamientos para los siguientes problemas: problemas psicosexuales, abuso de alcohol, adaptación a enfermedades físicas crónicas, esquizofrenia, violencia doméstica, estrés relacional, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

En un estudio controlado de muestra aleatoria realizado en Londres por Leff, Vearnals, Brewin, Wolff, Alexander, Asen, Dayson, Jones, Chisholm y Everitt (2000), se investigó la efectividad de la terapia sistémica de pareja en comparación con la de los antidepressivos en el tratamiento de la depresión. La comparación de estos tratamientos se enfocó en los resultados terapéuticos, su mantenimiento y el costo que cada una implica a los pacientes. Los sujetos de este estudio fueron 77 personas que padecían de depresión y

que cumplieran el criterio de vivir con una pareja crítica. En un inicio, la investigación pretendía comparar los resultados de las dos terapias mencionadas anteriormente y también de la terapia cognitiva; sin embargo, la alta deserción de los sujetos en el grupo de terapia cognitiva llevó a suspender la comparación con este grupo. La deserción en el tratamiento farmacológico fue de 56.8% y de la terapia sistémica de pareja fue de 15%. Los participantes de ambos grupos demostraron una reducción de la sintomatología depresiva, aunque los participantes de la terapia de pareja reflejaron una ventaja en este aspecto al finalizar el tratamiento y en el seguimiento después de dos años, medido por el inventario de depresión de Beck. Los autores de este estudio concluyeron que la terapia sistémica de pareja y la terapia farmacológica son al menos igualmente eficaces en cuanto a resultados, mantenimientos y costos económicos. Además que, aunque los antidepresivos disminuyen la sintomatología depresiva al igual que la terapia sistémica de pareja, solamente ésta última logra solucionar los problemas de los pacientes con sus parejas (Leff, *et al.*, 2000).

Las diferencias existentes entre el estudio de Leff y colegas y el estudio de caso que se discute en este documento son varias. Primero, Leff y sus colaboradores utilizaron un manual de terapia sistémica estandarizado para la terapia ofrecida a los sujetos, lo cual no se realizó en este estudio de caso. Además, la muestra del mismo era más grande, se llevó a cabo en un país distinto y se brindó terapia de pareja sistémica en lugar de la individual. Otra diferencia entre ambos estudios reside en que la orientación de Leff es casi psicoeducativa, por lo que no se puede equiparar directamente con el tratamiento aplicado en el estudio de caso de este documento. Por otro lado, la mayor similitud entre el estudio de caso presentado con el de Leff (*et al.*) es el modelo con el que, en ambos casos, se ha conceptualizado a la depresión: de una manera relacional. Es decir, en los dos estudios se ha partido de la concepción que las relaciones importantes y cercanas de los seres humanos tienen una gran influencia sobre las personas y los síntomas que presentan, y a su vez, el cliente y sus síntomas influyen también sobre la relación y los involucrados en la misma (Leff, *et al.*, 2000).

Sobre la base de las investigaciones presentadas en este documento, es posible concluir que la terapia sistémica es adecuada y efectiva para el tratamiento de una gran variedad de trastornos mentales, entre los que se incluyen los trastornos de ansiedad y los desórdenes afectivos, junto con demandas de personas con síntomas subclínicos que no presentan un trastorno mental diagnosticable en sí, sino un malestar subclínico o la

expresión de relaciones familiares con un funcionamiento que ya no parece adaptativo para el sistema.

El modelo terapéutico con mayor apoyo empírico en cuanto a la eficacia del tratamiento de depresión y ansiedad es la terapia cognitivo conductual (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010; Larner, 2004). Esto se debe a la gran cantidad de investigaciones dedicadas a este tema en las últimas décadas. Ahora bien: una de las limitaciones de la terapia sistémica en el campo de la investigación es que se dedica a analizar y operar sobre las relaciones y no en técnicas específicas. Esta forma de proceder no se traduce fácilmente a procedimientos estandarizados o manuales que puedan ser sistemáticamente aplicados y reproducidos.. Sin embargo, existen ya manuales estandarizados de distintos tipos de terapias sistémicas (Larner, 2004; & Pote, Stratton, Cottrell, Shapiro & Boston, 2003). El incremento reciente en bibliografía acerca de la efectividad de la terapia familiar sistémica sugiere que no se trata de que este modelo no sirva sino que deben perfeccionarse la cantidad y el diseño de las investigaciones en este campo.

Las investigaciones demuestran que más allá del modelo terapéutico o las técnicas específicas que se utilicen, los resultados de la terapia se relacionan de forma significativa con factores como los recursos de los clientes y eventos fortuitos que impulsan cambios (40%), la alianza terapéutica y la experiencia de la persona de estar en un ambiente colaborativo y empático (30%), y la esperanza y expectativa de cambio del cliente (15%), siendo el modelo terapéutico utilizado responsable únicamente de un 15% de la varianza del resultado terapéutico (Hubble, et al., 1999; En Flaskas, 2010; Miller & Duncan, 2000; En Larner, 2004). En palabras de Miller y Duncan (2000): “La conclusión resonante de esta investigación es que, en términos de resultado, simplemente no importa si uno practica exclusivamente terapia cognitivo-conductual, psicodinámica, psicofarmacológica o – como la investigación citada en esta investigación deja claro- terapia centrada en las soluciones” (p. 23; En Larner, 2004). El pionero de la investigación en terapia cognitiva, Aaron Beck, reconoció la influencia de los factores externos al modelo terapéutico y de factores relacionales al expresar que “los terapeutas cognitivos ahora están usando una mayor variedad de formatos de tratamiento, como la terapia de grupo y la terapia familiar” (Alford & Beck, 1997, p.3; En Larner, 2004), e instó a los terapeutas a prestar “atención a las características del terapeuta y a la relación terapéutica, factores que han demostrado ser

importantes para conducir una terapia exitosa” (p. 77). Lo que en realidad funciona en el proceso terapéutico no es la técnica en sí misma sino crear una relación terapéutica colaborativa e incluir las expectativas de cambio que trae el cliente, lo cual se traduce en los cambios realizados en las relaciones interpersonales del cliente y en su narrativa (Larner, 2004). A pesar de que se reconoce que la terapia cognitivo conductual ha demostrado, mediante la investigación, una alta efectividad en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, solamente la terapia sistémica logra crear cambios en la interacción del cliente con otras personas a su alrededor y, por lo tanto, produce mejoras en su dinámica familiar (Larner, 2004).

La terapia sistémica representa un *modelo psicoterapéutico* que comprende al comportamiento, la cognición, las emociones humanas y los síntomas como elementos del *contexto* de los *sistemas* sociales en que la persona se desenvuelve (Sydow et al., 2010). En realidad, a esta terapia se la considera un *proceso relacional* en sí mismo, por la importancia terapéutica que tiene la relación del terapeuta con el/los clientes y la relación entre los miembros de la familia en las sesiones de terapia y fuera de ella (Larner, 2004). Por lo tanto, el enfoque de esta terapia se encuentra en las *interacciones* y las *relaciones* entre los seres humanos, en la *causalidad circular* entre las interacciones y los síntomas, en el *contexto* en que las interacciones se llevan a cabo, y en la *construcción social* de las realidades (Beyebach, 1999; & Sydow et al., 2010). En este tipo de terapia se incluye de forma directa o virtual a aquellas personas importantes y cercanas del cliente a través de *preguntas sistémicas* acerca de sus percepciones y comportamiento (Sydow et al., 2010). La terapia sistémica se puede llevar a cabo en formato de terapia familiar, de pareja, individual, grupal o de grupo multifamiliar (Sydow et al., 2010).

A continuación se procederá a un recorrido histórico de la terapia sistémica, en el que se incluirán varios conceptos básicos de las diferentes escuelas que han emergido a través de los años. La intención no es realizar un resumen histórico exhaustivo ni exponer de forma totalmente inclusiva los conceptos teóricos de la disciplina. Se tomarán en cuenta varios hitos históricos en la terapia familiar y se expondrán los conceptos que sean de mayor relevancia para la posterior comprensión del caso estudiado en el presente documento.

La *terapia familiar* nace en Estados Unidos alrededor del año 1950. En sus inicios ésta se forma a través de la influencia de distintas disciplinas como la psicología, la

psiquiatría, la antropología y la sociología. Sus orígenes, de forma más concreta, se encuentran en dos principales vertientes: el psicoanálisis y la cibernética; enmarcados en un contexto social y cultural específicos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hasta la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos se dedicaban casi únicamente a la realización de tests o a aplicar técnicas conductuales, siendo considerados educadores. La terapia en estas décadas estaba reservada para los médicos, quienes en su mayor parte eran psiquiatras y tenían una formación psicoanalítica. En esta época, el psicoanálisis, de nacionalidad europea, ya estaba bastante extendido en Estados Unidos (Bertrando y Toffanetti, 2004). La Segunda Guerra Mundial trae consecuencias importantes sobre la forma de pensar de la época acerca del ser humano y también conlleva cambios en las necesidades sociales. Este momento histórico demuestra que en ciertos casos las causas del comportamiento humano no están en la autodeterminación sino que las personas también son influidas por el contexto. Además, este evento trae consigo la necesidad de nuevos métodos de tratamiento por la baja oferta de médicos y la alta demanda de pacientes psiquiátricos (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este contexto aparecen las primeras terapias de grupo, las primeras terapias psicoanalíticas breves con objetivos concretos, y el movimiento de desinstitucionalización toma fuerza (Bertrando y Toffanetti, 2004). Es en esta época que algunas escuelas psicoanalíticas y la cibernética preparan el terreno para la aparición de la terapia familiar.

Ciertas teorías psicoanalíticas, como la de las relaciones objetales (Melanie Klein); la del apego (John Bowlby); y las neofreudianas (Erich Fromm, Karen Horney y Harry Stack Sullivan) son las que más influencia tienen en el nacimiento de la terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Sin embargo, estas corrientes de pensamiento no son suficientes para la creación de la terapia familiar, que debe concebir como paciente a la familia y no al individuo, y reconocer que los problemas son de naturaleza relacional y no pueden ser comprendidos al tomar en cuenta únicamente al individuo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Para ello, es necesario acuñar un lenguaje descriptivo apropiado que pueda atender a la patología en las relaciones y no en la persona. En este sentido, la cibernética es el movimiento o disciplina que mayor influencia tiene sobre la formulación de la terapia familiar, y nace justamente en esa época (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La cibernética surge de un grupo de conferencias conocidas como Macy Conference que tienen lugar en 1946. Estas conferencias fueron de carácter interdisciplinar, y su propósito principal era desarrollar un nuevo lenguaje que se aplique a

varias disciplinas. Con este propósito, en las conferencias utilizan un lenguaje abstracto y formal, para poder transferir las descripciones entre diferentes categorías de sistemas (Bertrando y Toffanetti, 2004). La cibernética se define como “el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina” (Wiener, s.f.; En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 60) y Bateson (1979, p.299; En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 60) la define como “la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información”. Es decir, la cibernética es la disciplina que estudia la autorregulación que se da en todo sistema natural y en ciertos sistemas artificiales (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Los conceptos de homeostasis, retroalimentación y causalidad circular surgen como explicaciones aplicables al funcionamiento de los sistemas (Bertrando y Toffanetti, 2004). La *homeostasis* se refiere al “conjunto de procesos que permiten al organismo conservar la estabilidad de su ambiente interno ” (Cannon, 1932; En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 54) y conlleva la idea de que existen ciertas condiciones constantes inherentes a todo organismo vivo, de forma independiente de las variaciones fuera de éstos. Por otro lado, la *retroalimentación* o feedback es un concepto formulado por Wiener para describir que los componentes de un sistema cibernético no son solamente emisores de una comunicación, sino que a su vez, emiten y reciben un mensaje en respuesta al mensaje dado o recibido. Entonces, el mensaje siempre regresa al emisor y lo modifica (Bertrando y Toffanetti, 2004). La *retroalimentación positiva* tiene como objetivo que el sistema siga moviéndose en la misma dirección (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por otro lado, en la *retroalimentación negativa* el funcionamiento del sistema se ajusta y regula por la recepción del mensaje de éxito de funcionamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004). La perspectiva sistémica abandona la causalidad lineal, en la cual una causa deriva en un efecto determinado. La *causalidad circular* se refiere a que una parte del sistema es modificado por otra, la cual responde modificando a la primera y este ciclo continúa (Bertrando y Toffanetti, 2004). En esta época aparece también la Teoría general de sistemas de Ludwing von Bertalanffy (1934; En Bertrando y Toffanetti, 2004) que describe la organización de todo tipo de sistema, sin importar de qué esté constituido. Esta teoría explica que el todo es más que la suma de sus distintas partes, que el sistema es una totalidad con un orden y que la manera en que los componentes se ordenan tiene consecuencias importantes sobre el comportamiento del sistema.

La idea de armonizar, en las conferencias Macy, conceptos y descubrimientos de campos como la ingeniería, las matemáticas y la filosofía con ciencias consideradas

“humanistas” surgió de Gregory Bateson, Margaret Mead y Lawrence Frank (Bertrando y Toffanetti, 2004). Mead y Bateson expusieron la posibilidad de aplicar términos como la homeostasis y la retroalimentación negativa a los sistemas sociales, de los cuales son parte los individuos. “Las Macy Conference crean, por tanto, los fundamentos de una ciencia interdisciplinar de la comunicación y la información” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p.61). Como resultado de la cibernética, los psicólogos tienen la opción de desapegarse de los conceptos freudianos y estudiar la retroalimentación y la información. Los clínicos empiezan a tomar en cuenta que la conducta de los miembros de la familia tienen relación con la forma en que se da la relación con los demás miembros (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por este motivo, los terapeutas empiezan a dar más importancia al contexto del individuo más que a la persona en sí. Entonces, la terapia pasa de la consideración exclusivamente intrapsíquica a la relacional (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por lo tanto, los acontecimientos que causan los problemas (visión lineal) no son ya tan importantes como los modelos comunicacionales que se evidencian en el presente (visión circular o relacional) (Bertrando y Toffanetti, 2004). El movimiento cibernético fue clave para la creación de las terapias sistémicas y estratégicas.

Las *terapias sistémicas* son aquellas en que la atención no se centra en los individuos ni en el pasado, sino en las relaciones y en el aquí y ahora (Bertrando y Toffanetti, 2004). Para la terapia sistémica no es posible concebir la existencia de patologías de orden individual ya que las patologías se consideran problemas del sistema, originados de forma circular (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este contexto, las patologías, como la esquizofrenia, empiezan a ser investigadas en cuanto a cómo actúa esta patología, centrándose en las características de la comunicación esquizofrénica (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se empezó a considerar que los miembros de la familia están interrelacionados y que el cambio en cualquiera de sus integrantes afecta al sistema en su totalidad (Sydow, et al., 2010). En los hospitales psiquiátricos se empezó a notar que cuando se daba una disminución sintomática en un miembro de la familia, a menudo algún otro miembro de la familia empezaba a presentar síntomas (Nichols, 2007). Asimismo, los psiquiatras descubrieron que en otras ocasiones, los cambios positivos de un paciente producían cambios positivos en los otros miembros de la familia (Nichols, 2007). Se aceptó la idea de que el cambio en cualquiera de las personas de la familia produce cambios en el sistema completo. Por lo tanto, se empezó a considerar que la manera más efectiva para realizar cambios en un individuo era desencadenar cambios en la familia y, a

su vez, que era posible realizar cambios en el sistema familiar a través del cambio en las relaciones a través del trabajo con los miembros de la familia como individuos (Nichols, 2007). Los investigadores se interesaron en observar a los pacientes esquizofrénicos en interacción con sus familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004). La forma en que estas investigaciones sobre la familia se transforman en terapia marca los orígenes de la terapia sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El grupo que mayor influencia tuvo sobre el surgimiento de la terapia familiar sistémica, curiosamente no se propuso en sus inicios estudiar a la familia sino la comunicación (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este es el grupo del antropólogo Gregory Bateson, quien al observar a las nutrias en un zoológico se interesa por aquellos momentos que se perciben como juego; en los que los animales, al simular que se muerden, atribuyen a este mensaje agresivo un mensaje de otro nivel en el que comunican que están jugando, lo cual invalida el mensaje de agresividad. Esto le lleva a investigar los niveles de la comunicación y su naturaleza (Bertrando y Toffanetti, 2004). Entre 1952 y 1954 Bateson, junto a John Weakland, Jay Haley y William Fry, investiga la comunicación ambigua, sobre todo las *paradojas*. Este concepto se refiere a un tipo de comunicación en que “el mensaje y el metamensaje se califican mutuamente” (En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 95) lo cual pone a la persona en una situación ambigua. A partir de esto, el grupo se interesa por estudiar la comunicación de pacientes esquizofrénicos donde proponen que existe una gran cantidad de paradojas y confusiones de niveles (Bertrando y Toffanetti, 2004). Teorizan que los esquizofrénicos no logran dilucidar los metamensajes que definen el contexto, por lo que toman las metáforas de forma literal y los hechos como metáforas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Otro aporte importante de Bateson en esta época fue su análisis de los *canales de la comunicación*. El canal *digital* corresponde a aquellas formas de comunicación que están conectadas a las cosas únicamente por convenciones, como las palabras a los conceptos y los números a las cantidades. Por otro lado, los canales no verbales utilizan las analogías para comunicar mensajes, por lo que se han denominado *analógicos*. Bateson propone que los mensajes digitales son calificados por los analógicos. Además de analizar los mensajes, Bateson describe distintas formas de definir las relaciones interpersonales (Bertrando y Toffanetti, 2004). La interacción *simétrica* se da cuando en la relación existe una tendencia a disminuir lo máximo posible las diferencias entre las dos personas. Por su lado, la interacción *complementaria* es aquella en la que

existe una adaptación dinámica equilibrada entre las dos personas, y estas mantienen sus diferencias.

En 1954 Don Jackson se une al grupo de Bateson y crean la teoría del doble vínculo para describir una situación comunicacional que creían que existía en las familias de personas esquizofrénicas (Bertrando y Toffanetti, 2004). El *doble vínculo* consta de mensajes contradictorios recibidos por una persona, quien, como respuesta, no sabe cómo actuar ya que tiene consecuencias negativas tanto si hace algo como si no lo hace, por lo que debe encontrar una forma de sobrevivir a esta situación (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las condiciones necesarias para que exista la comunicación de doble vínculo son las siguientes: La relación de quien recibe la comunicación con el emisor debe ser considerada vital por el receptor. En segundo lugar, el emisor envía dos mensajes incompatibles en distintos niveles de comunicación (Ej. Verbal y no verbal). Tercero, el contexto impide al receptor discutir la incoherencia del mensaje y le imposibilita reconocer a qué nivel del mensaje debería contestar. Finalmente, si la persona reacciona ante la ambigüedad, es criticada, por lo que el vínculo se vuelve más confuso y, ya que el contexto de la situación lo impide, se crea la sensación de que no se puede escapar de este vínculo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este género de comunicación denominado doble vínculo puede llevar al individuo a desarrollar patologías como la esquizofrenia, pero también puede generar comportamientos artísticos, humorísticos o creativos (Bateson, en Bertrando y Toffanetti, 2004). Con estas ideas del grupo de Bateson se considera que inicia la concepción sistémica de las familias. A pesar de que a Bateson se lo considera “el padre de todas las terapias sistémicas” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 100), este abandona el grupo de investigación en 1962, por diversas discrepancias teóricas con el resto del equipo. Sus ideas e investigaciones serán retomadas por terapeutas sistémicos varios años después.

En 1959, Don Jackson funda el Mental Research Institute en Palo Alto, California que será conocido más tarde como el MRI o el grupo de Palo Alto. El objetivo de este grupo era estudiar y crear de manera formal metodologías de terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este grupo cuenta con la presencia de Virginia Satir, Jules Riskin, y posteriormente Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland. Este enfoque pragmático del MRI le lleva a desarrollar conceptos técnicos para las sesiones y es así que se empieza a usar el espejo unidireccional (aunque Jackson y su grupo no fueron los primeros en utilizar esta herramienta, sino que lo tomó de Fulweiler) y el trabajo del equipo terapéutico durante las sesiones (Bertrando y Toffanetti, 2004). El MRI se cuestiona la función del

síntoma y comprende en qué contextos el comportamiento sintomático tiene sentido razonable. Así, a partir del estudio de la comunicación se cambia el paradigma de que los comportamientos humanos se deben a características intrínsecas únicamente y se empieza a entender que son comunicacionales o contextuales (Bertrando y Toffanetti, 2004). La cibernética aporta la idea de observar secuencias de acciones y no situaciones aisladas para la comprensión de los sistemas y las personas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En esta década de los 50s todavía no existe la profesión de terapeuta familiar en sí misma. Es una época en la que los psiquiatras y psicoanalistas y especialistas de otra profesiones empiezan a experimentar y formalizar sus ideas acerca de nuevas formas terapéuticas para tratar a niños con problemas o a pacientes esquizofrénicos (Bertrando y Toffanetti, 2004). En estos años se celebran también varias conferencias en la que los distintos actores de la incipiente terapia familiar sistémica de la época tuvieron contacto y compartieron sus ideas. Esto también pasa a través de contactos informales entre ellos, como ocurrió entre el grupo Bateson y Milton Erickson y varios intercambios de videograbaciones entre terapeutas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En la década de los 60s reina un ambiente de rebeldía y reformas. El movimiento feminista vuelve a tomar fuerza en Estados Unidos en respuesta a la cultura conservadora de los 50s. Se empieza a evidenciar la “crisis” en las familias tradicionales, a través del aumento en la tasa de divorcios, la actitud contestataria de los adolescentes, la disminución en la tasa de natalidad, etc. (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este escenario el trabajo con las familias requiere de cambios y la investigación en este campo se revela como necesaria. En estos años, también disminuye la popularidad de los hospitales psiquiátricos y se empieza a considerar la idea de insertar en la sociedad a los enfermos mentales, porque se reconoce el daño que tiene la institucionalización a largo plazo (Bertrando y Toffanetti, 2004). La terapia familiar es un modelo funcional que encaja perfectamente con estas necesidades sociales, y para ello debe alejarse un poco de la investigación y la rigidez de las teorías y adaptarse a las circunstancias reales (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este contexto las teorías sistémicas cambian también. En el pasado la cibernética se concentraba principalmente en los mecanismos de control de los organismos y en el concepto de homeostasis. Ahora, la atención se centró más en el proceso de *morfogénesis*, o cómo pueden cambiar los sistemas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Así, aparece una segunda cibernética, que se concentra en la retroalimentación positiva y los procesos de cambio; y la terapia familiar empieza a ocuparse de otros problemas además de las patologías graves

(Bertrando y Toffanetti, 2004). Bateson propone que “la vida cotidiana es generalmente poco sana: la psicosis es análoga al arte, a lo sagrado, al humor” (En Bertrando y Toffanetti, 1994, p. 127). en consonancia con el movimiento antipsiquiátrico que reinaba en Estados Unidos y Europa. El MRI cambia también a una tendencia más liberal, en la que Don Jackson expresa que los problemas de la vida y los psiquiátricos vienen a ser problemas cuando las personas o los sistemas intentan repetidamente resolverlos con “intentos de solución que se convierten a su vez en problema” (En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 146). En Esta época la terapia familiar se separa aún más del psicoanálisis y se extiende a Europa, donde Mara Selvini Palazzoli funda en Milán un grupo de investigación en terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las terapias más comunes en esta época son las que se derivan del grupo Bateson y de las ideas de Milton Erickson, que se denominaron sistémicas y estratégicas, entre las que es posible incluir el enfoque estructural de Minuchin; aunque estos términos no se difundirán sino hasta 1970 (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En cuanto a las terapias sistémicas, en 1967 Paul Watzlawick junto con Beavin y Jackson publican el libro “Teoría de la comunicación humana”, en la que principalmente recogen las ideas de Bateson, y éste se convierte en lo que se puede considerar la primera teoría terapéutica sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004). En él, se presentan los axiomas de la comunicación y es uno de los aportes más importantes al estudio de la comunicación humana al concluir que ciertas características de la comunicación conllevan grandes consecuencias en las relaciones interpersonales (Watzlawick, 1967). Primero que nada, Bateson (En Watzlawick, 1967) afirmó que *no existe la posibilidad de no comunicar*, ya que toda conducta en las interacciones emite un mensaje (aunque el mensaje sea el silencio, lo cual transmite que no se desea mantener la interacción, entre otras posibles interpretaciones); de igual modo, es imposible no responder a un mensaje. En este sentido, toda comunicación implica un compromiso, y, por ende, la comunicación define las relaciones a través de la imposición de conductas. Todo tipo de comunicación tiene dos elementos: el aspecto *referencial o contenido* de la comunicación, por medio del cual se trasmite la información (lo que se dice) y el aspecto *conativo o relacional* (cómo debe entenderse la comunicación) que es el que impone las conductas en la relación (Watzlawick, 1967). Por lo tanto, la relación puede entenderse únicamente a partir del *contexto* en que ocurre la interacción. Asimismo, la interacción está marcada por una determinada *puntuación* de la secuencia de la comunicación que organiza los hechos. La

repetición de las puntuaciones crea un patrón de intercambio entre las personas. En la comunicación espontánea entre dos o más personas, cada una va puntuando la secuencia de manera que a una de ellas se atribuye iniciativa, preponderancia, dependencia, u otros patrones dentro de la comunicación (Watzlawick, 1967). Por ejemplo, cuando dos personas interactúan, siempre emerge la cuestión de quién toma la iniciativa sobre el tema que se está tratando, quién decide sobre qué se habla y quién se deja conducir en el tema, y las respuestas tienen que ver con la definición o la redefinición de la relación (Ortiz, 2008). Cuando existe una carencia de acuerdo en cuanto a cómo puntuar la secuencia de hechos se da un conflicto relacional, ya que emergen discusiones acerca de la realidad de la comunicación según lo que cada participante percibe de los hechos desde su punto de vista (Watzlawick, 1967). Debido a que las situaciones no tienen un inicio, sino que son una red de interacciones entre una persona y otra que se van codeterminando, ambas personas pueden tener la razón, dependiendo del segmento de la secuencia de interacciones sobre el cual escojan poner su atención (Watzlawick, 1967). Este mismo autor replanteó la idea de Bateson de que existen dos tipos de comunicación: el lenguaje no verbal (*lenguaje analógico*) que está compuesto de la postura, los gestos, el tono de voz, la secuencia y el ritmo de la comunicación, y que define el contexto o relación de la interacción; y el lenguaje verbal (*lenguaje digital*) que consta de las palabras y frases construidas a partir de nuestro alfabeto. El *contenido* del mensaje se transmite mediante el lenguaje digital, mientras que la *relación o contexto* se trasmite a través del lenguaje analógico. El lenguaje analógico es más ambiguo y complicado de interpretar que el lenguaje digital.

Entre los seres humanos existen ciertos patrones de definición de la relación: la relación *simétrica* se basa en la equidad o igualdad entre los participantes; en la *complementaria*, el comportamiento de uno de los participantes encaja con el del otro y se favorecen mutuamente al tener características muy distintas que se complementan (Watzlawick, 1967). La posición de poder en las relaciones complementarias se llama *one-up* y su contraparte posición *one-down* (Nichols, 2007). Estas dos maneras de definir la relación no se dan debido a que uno de los participantes impone al otro un tipo determinado de relación sino que cada uno actúa en base a la presuposición de la conducta del otro y al mismo tiempo da motivos para las suposiciones de su contraparte: “sus definiciones de la relación encajan” (Watzlawick, 1967, p. 70). De ahí que la comunicación no se da de forma lineal a modo de acciones y reacciones, sino en una forma circular y transaccional (Watzlawick, 1967). El tercer tipo de relación es la

metacomplementaria o pseudocomplementaria, en la cual una persona obliga o permite que la otra controle la relación en un nivel, lo cual le otorga el control de la definición de la relación en otro más global (Watzlawick, 1967).

Es importante aclarar que, bajo un punto de vista sistémico, no se puede decir que cada persona comunica, sino que cada persona participa en o se vuelve parte de una comunicación (Watzlawick, 1967). En cuanto a la psicoterapia, los integrantes del Mental Research Institute aconsejaban que el terapeuta se coloque en una posición *one-down* o pseudocomplementaria en la interacción con el cliente o la familia, en lugar de una posición autoritaria, para evitar reacciones desfavorables por parte de los clientes y reducir su ansiedad (Nichols, 2007). Esta posición permite mayor flexibilidad al terapeuta, además de ser genuina en términos de no despertar en los clientes una expectativa mayor de lo que el terapeuta puede ofrecerles (Ortiz, 2008).

En la década de los 70s la profesión psicoterapéutica está en auge, lo que permite la expansión de las terapias familiares y su aplicación en el ámbito privado (Bertrando y Toffanetti, 2004). La psicoterapia deja de enfocarse en los trastornos psiquiátricos graves para poner atención a otras afecciones menores. Además, se empieza a realizar investigaciones acerca de la efectividad de la psicoterapia y concluyen que los pacientes tratados con terapia tienen un progreso mayor que los que no han asistido a terapia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Sin embargo, no se conoce cómo o por qué funciona la terapia y no se puede afirmar de forma determinante que una terapia sea mejor que otra. La investigación, entonces, cambia su foco a descubrir que los factores comunes a todas las terapias son más importantes que los de cada modelo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esto lleva a los teóricos a interesarse por el integracionismo en terapia, lo cual afecta también a las terapias familiares. En esta década Bowen formaliza su teoría intergeneracional, mejor conocida como “Bowen Theory” (Bertrando y Toffanetti, 2004). Bowen exploró el *triángulo* como la unidad más pequeña de estudio en las relaciones humanas. Él notó que cuando dos personas están envueltas en un conflicto y no lo pueden resolver, tienden a incluir a un tercero para disminuir la ansiedad y tensión y para evitar confrontar la fuente del conflicto (Nichols, 2007). Muchas veces, cuando los niños son desobedientes, se puede notar que los padres están en conflicto en cuanto a las reglas y la disciplina (Nichols, 2007). Estas disparidades en la forma de disciplinar a los hijos pueden darse cuando existe una *triangulación* en que, por ejemplo, uno de los padres percibe al otro como demasiado estricto y siente la necesidad de proteger a su hijo siendo permisivo y se vuelve un aliado

de su hijo contra el otro padre, que a su vez se ve motivado a insistir en su conducta estricta (Nichols, 2007). Este tipo de triangulación en que dos personas se alían en contra de un tercero se conoce como *coalición* (Nichols, 2007). Cuando la triangulación se vuelve un patrón crónico para desviar el conflicto, las relaciones se ven afectadas (Nichols, 2007).

En esta época no existe un gran cambio en las terapias sistémicas, y “la máxima revolución teórica es el redescubrimiento de las ideas de Gregory Bateson, sobre las que se debería fundar la terapia estratégica y la estratégico-sistémica” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p.173). La terapia estratégica se define en dos variantes: la terapia estratégico-estructural de Haley y la estratégico-sistémica del MRI (Bertrando y Toffanetti, 2004). Ambas escuelas son influidas por la tradición teórica de Milton Erickson. Estas tienen algunas características en común: se preocupan por el síntoma, considerando a los problemas entidades relacionales más que individuales, no se entran en el pasado sino en el aquí y ahora para comprender el presente. También, ambas dan mayor importancia a los recursos del cliente y no al déficit. Además, intentan tomar siempre el camino más corto posible para sus intervenciones y las explicaciones se mantienen en la mayor sencillez posible. También, incluyen al cliente en la definición del problema, quien contribuye a la misma y ésta definición es reconocida por el terapeuta (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las técnicas utilizadas por estas escuelas suelen ser criticadas como manipulativas, pero los terapeutas estratégicos expertos “utilizan las técnicas directivas para favorecer el cambio de los clientes en la dirección que ellos deseen y evitan imponer sus propios deseos y valores a los otros” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 195). En cuanto a la terapia estratégico-sistémica, en esta década retoman las ideas de Bateson: considerar la patología como crisis evolutivas en lugar de enfermedades (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por lo tanto, se intenta tratar a los pacientes esquizofrénicos con la mínima cantidad de fármacos posibles. Los terapeutas del MRI empiezan a interesarse por la intervención en emergencias familiares y en la intervención para víctimas de violencia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Los objetivos principales de esta escuela son: en primer lugar buscar la manera más rápida y eficiente para resolver los problemas de los clientes. En segundo lugar, simplificar los preceptos de la terapia para que sea fácil de enseñar. Finalmente, estudiar los sistemas humanos y el cambio en los mismos (Bertrando y Toffanetti, 2004). En esta terapia se considera que los problemas se derivan de intentos no adaptativos de solucionar los acontecimientos cotidianos, lo que finalmente lo convierten en un problema. Al seguir intentando repetitivamente y con más énfasis estas soluciones de “más de lo

mismo” se hace un patrón repetitivo en que se perpetúa el problema . Este ciclo, según el MRI, debe ser cortado para que la terapia sea eficaz (Bertrando y Toffanetti, 2004). Otro precepto es que el comportamiento de una persona está determinado por el de los otros en el sistema. Los terapeutas de esta línea hacen énfasis en el potencial del individuo y de la fluidez de las interacciones familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004). Estas escuelas se caracterizaron por aplicar técnicas creativas para perturbar los patrones de interacción perpetuados en las familias y que se creía eran el factor que mantenía los síntomas (Nichols, 2007). Un ejemplo es la *prescripción del síntoma* elaborada por Haley en que se pide al cliente que actúe sus síntomas a propósito. Esta técnica se basa en la paradoja de volver voluntario algo involuntario y existen dos opciones para el desenlace: que el cliente actúe el síntoma, lo cual prueba que es voluntario; o que no lo haga, lo cual prueba que está curado (Nichols, 2007). Otra técnica utilizada por el terapeuta estratégico John Weakland es la de la *restricción*, en la que se desalienta a las familias a realizar demasiados cambios en un tiempo muy corto y se les advierte de la posibilidad de que los síntomas regresen (Nichols, 2007). Esta lleva a los clientes a considerar los logros obtenidos y comprender que es natural si retroceden en ciertos avances terapéuticos; en algunos casos propicia más cambios por una suerte de “insurrección frente al terapeuta” (Nichols, 2007). Terapeutas de épocas posteriores empezaron a ver a las terapias estratégicas como un enfoque manipulativo y con una visión condescendiente de las familias en que se las consideraba tercas y responsables de una resistencia hacia el cambio (De Shazer, 1989; & Nichols, 2007). Sin embargo, este modelo terapéutico prepara el terreno para el modelo de Milán, para las terapias constructivistas y posmodernas de las siguientes décadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En los 70s el grupo de Milán se aleja de su enfoque psicoanalítico anterior y se adhiere a la teoría sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004). En 1971, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin componían el centro para el estudio de la familia en Milán. Este es un modelo de terapia breve, el tratamiento dura máximo diez sesiones pero la mayor parte de las veces solamente cinco o seis (Bertrando y Toffanetti, 2004). Lo característico de esta escuela es la importancia que da a la connotación positiva, a los rituales y a las relaciones igualitarias del equipo . Además, dividen las sesiones y las estructuran por intervalos (Bertrando y Toffanetti, 2004). La *connotación positiva* se refiere a una prescripción de la configuración familiar y no del síntoma, para quitarle a este último su primacía (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este

procedimiento brinda un mayor reconocimiento a la familia y sus fortalezas.

Las relaciones del equipo se vuelven más parejas al intervenir ante la familia de parte de todo el equipo y no solo del terapeuta (Bertrando y Toffanetti, 2004). Hacia 1972, los terapeutas de Milán recogen las ideas de Bateson, lo cual los separa de las escuelas estratégicas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Entonces, empiezan a interesarse por los patrones comportamentales y relacionales en lugar de los síntomas. El trabajo de Bateson también los lleva a considerar que la realidad que supuestamente observan en las familias no es rígida, por lo que pasan a plantear sus conclusiones acerca de las mismas como hipótesis de trabajo en lugar de interpretaciones estáticas. Estas hipótesis son consideradas únicamente medios para organizar la información y dar una explicación plausible en un patrón coherente de interacción del sistema (Bertrando y Toffanetti, 2004). Entonces, los terapeutas pueden considerar varias hipótesis por su practicidad y no por su veracidad, y pueden ser modificadas a través de la relación circular con los miembros de la familia. En este contexto surgen las *preguntas circulares* que son principalmente triádicas y apuntan a evidenciar diferencias en el comportamiento y sus cambios (Bertrando y Toffanetti, 2004). Así, se profundizó la comprensión de los sistemas vivos al incorporar la idea de la *causalidad circular* en las relaciones familiares (Sydow, 2010). La circularidad se refiere a que los acontecimientos en los sistemas vivos no son un tren de interacciones lineales en el que se contemplan los sucesos en términos de causa y efecto, sino un conjunto de interacciones que se determinan mutuamente, y que integran varias partes del sistema, tomando en cuenta que se dan en un contexto ambiental, social y cultural específico (Nichols, 2007). Cada contexto, además, debe ser comprendido de forma interpersonal, centrándose en la circularidad en que se establecen las relaciones en la interacción de los comportamientos y pensamientos de una o varias personas (Beyebach, 1999). La *circularidad* es un término empleado para describir que lo que hace, piensa y dice una persona determinada influye sobre el receptor de estos mensajes; pero a su vez, lo que piensa, dice o hace el receptor de vuelta hacia la primera persona tiene una influencia sobre ella (Beyebach, 1999). Como hemos visto, al no ser un modelo lineal, sino circular, en estas interacciones emergen puntuaciones en los que no se puede definir un inicio ni un final de la situación, ni buscar “culpables”, ya que el problema se da en la interacción. Watzlawick, Beavin y Jackson (1967, En Beyebach, 1999) describen un ejemplo clásico: el marido se molesta con su esposa porque ella llega tarde a la casa, y, al mismo tiempo, la esposa llega tarde ya que su marido está molesto con ella. En la interacción, cada persona

ve solamente desde su punto de vista la situación: “Claro, cómo no me voy a enfadar, si cada día llega más tarde”, “Claro, cómo no voy a llegar tarde si sé que él va a estar de mal humor”.

Los terapeutas de la escuela de Milán, plantean una estructura definida de la sesión terapéutica (Bertrando y Toffanetti, 2004). Para comenzar, se da una *sesión previa*, en que el equipo habla acerca de la información previa que tiene acerca de la familia y el caso para prepararse para la sesión. Durante la *sesión*, el terapeuta de parte de todo el equipo realiza preguntas para indagar los patrones relacionales. La sesión dura aproximadamente una hora y en la misma suelen haber interrupciones por parte del equipo, que observa a través del espejo unidireccional. Posteriormente, se da una *discusión* acerca de la sesión, en la que el equipo se reúne, aparte de la familia y juntos hablan acerca de cómo debería finalizar la sesión. En la *conclusión* de la sesión, los terapeutas vuelven a reunirse con los clientes y en nombre el equipo comunican las ideas discutidas y pueden empelar prescripciones o rituales. Finalmente, se da una *postsesión* cuando la familia ya se ha ido, donde el equipo y el terapeuta discuten acerca de lo ocurrido durante la sesión, sobre todo en la conclusión y las reacciones de la familia frente a la misma.

La década de los 80s fue una época de transición entre las terapias clásicas y las posmodernas. En 1980 fallece Gregory Bateson, quien tuvo gran influencia sobre la mayor parte de los terapeutas sistémicos. Siendo un hombre muy adelantado para su época, en sus ideas se vislumbraba ya lo que tras su muerte se conocerá como el *constructivismo* (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este se trata de un movimiento que pone atención en el observador, sus sesgos y la dificultad de conocer la “realidad” (Bertrando y Toffanetti, 2004). Varela y Maturana describen el proceso de la *autopoiesis* en el cual los elementos de un sistema interactúan hasta que emerge una organización determinada. Este proceso no puede ser claramente discernido por el observador: “toda expresión es expresión de un observador” (Maturana y Varela, 1978; En Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 235). Este lema de Maturana refleja la posición *constructivista*, que defiende que al no existir una referencia externa para definir la verdad, la única opción es basarse en todas las posibles realidades que emergen en el lenguaje por medio del consenso (Bertrando y Toffanetti, 2004). Debido a que el observador es parte de lo observado, el terapeuta se vuelve parte del sistema familiar y las posibles realidades se van construyendo en la interacción con los miembros de la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Paul Watzlawick, divulgador de la cibernética batesoniana, invita a Hein von Foerster en 1978 a dar un congreso del MRI

(Bertrando y Toffanetti, 2004). Von Foerster denomina “*cibernética de segundo orden*” a la disciplina que estudia al observador, “quien con sus prejuicios, teorías y sensibilidad construye y describe la ‘realidad’ observada” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 236). Los terapeutas familiares toman gran interés en esta corriente y el término *cibernética de segundo orden* pasa a ser para ellos un sinónimo de constructivismo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Con esta influencia, el modelo del MRI deja de concebir a las familias como entidades homeostáticas sobre las que se debe intervenir y surge la idea de promover el cambio espontáneo y de dirección no definida de los sistemas familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004). Estas ideas separan de forma más clara y definitiva a las terapias estratégicas de las sistémicas, y estas últimas pasan a ser conocidas como terapias milanesas y más tarde como terapias posmilanesas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Para 1980 el grupo de Milán ya se había dividido por sus diferencias teóricas y de personalidad entre sus antiguos miembros (Bertrando y Toffanetti, 2004). Mara Selvini y Giuliana Prata se dedican a investigar al sistema observado y forman un modelo de la influencia de determinados tipos de familia en la génesis de ciertas patologías (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su foco de atención se encontraba en los patrones de interacción transmitidos de forma transgeneracional, que consideraban fuente de los síntomas, consistentes con el contexto familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por lo tanto, intentaban cambiar las relaciones familiares, de modo que el sistema encuentre un nuevo equilibrio en que los síntomas no sean necesarios. Esta escuela describe el juego familiar y considera al embrollo familiar como los patrones relacionales que los padres consolidan en relación con sus hijos (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por otro lado, Boscolo y Cecchin se enfocan en el *sistema observante* y se dedican a establecer modalidades terapéuticas de forma independiente del tipo de familia o de psicopatología (Bertrando y Toffanetti, 2004). Para este grupo, el constructivismo y la *cibernética de segundo orden* se constituyeron en su base teórica principal (Bertrando y Toffanetti, 2004). El terapeuta y el o los clientes crean conjuntamente historias diversas de la situación y atribuyen nuevos significados a esta realidad construida conjuntamente (Bertrando y Toffanetti, 2004). Los significados, las historias de los clientes, los sistemas emotivos y las premisas de cada miembro del sistema, incluyendo al terapeuta, se consideran guías para la creación de las hipótesis terapéuticas posibles (Bertrando y Toffanetti, 2004). Algo importante para este grupo era que el terapeuta pueda mantener el vínculo con los clientes al tiempo que centre su interés en observarse a sí mismo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Durante las sesiones, la entrevista

sistémica adquiere mayor importancia que las intervenciones, y las preguntas dejan de ser principalmente circulares para concentrarse en aquellas basadas en el futuro y las hipotéticas (Bertrando y Toffanetti, 2004). A los clientes se les promueve a hablar menos del problema en sí y se busca indagar las opiniones y explicaciones de la situación desde distintos puntos de vista (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El trabajo de Boscolo y Cecchin en esta época tuvo una fuerte influencia en las ideas de quienes se conocen como “*terapeutas posmilán*” (Bertrando y Toffanetti, 2004). Algunos de ellos son Lynn Hoffman, Peggy Penn, Karl Tomm, Tom Andersen y Harry Goolishian. En esta época también toman fuerza las ideas de Juan Luis Linares en la Escuela de Barcelona (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su grupo se concentra en investigar las bases relacionales de los trastornos mentales graves (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su teoría se basa en la importancia para los seres humanos del amor de los seres significativos a su alrededor y los momentos en que éste no se recibe (Bertrando y Toffanetti, 2004). Linares explora la personalidad a través de la influencia que tienen el amor y el desamor en las relaciones parentales y conyugales (Bertrando y Toffanetti, 2004). El funcionamiento del ser humano para Linares se da de forma narrativa, y estas historias están basadas en las experiencias de amor y desamor (este último causado principalmente por las relaciones de poder), de lo que resulta la nutrición relacional (Bertrando y Toffanetti, 2004). La terapia, en este sentido se trata de construir narraciones nuevas en las que el amor pueda fluir sin la interferencia de la lucha de poder (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En la década de los noventa las barreras entre las distintas escuelas sistémicas se fueron diluyendo, y hoy en día casi no se encuentran terapeutas que se caractericen a sí mismos como puramente, por ejemplo, “estratégicos” o “estructuralistas” (Nichols, 2007). El campo de la terapia familiar sistémica se encuentra cada vez menos sectorizado debido a que los terapeutas hoy en día toman técnicas y conceptos de los distintos modelos sistémicos. A este cambio aportó también el reconocimiento de los terapeutas de que los clientes o familias que asisten a terapia no forzosamente tienen necesidades que encajan con los paradigmas de una doctrina en particular (Nichols, 2007). Diversos avances científicos en el siglo 20 crearon la ilusión de que una realidad única puede ser develada a través de la medición y la observación (Nichols 2007). Esta visión modernista era el marco referencial mediante el cual los terapeutas sistémicos pioneros se aproximaron a sus clientes: “como sistemas cibernéticos que debían ser decodificados y reprogramados” (Nichols, 2007, p.213). En este contexto se veía al terapeuta como un experto que debía

buscar las fallas y defectos de la persona y el sistema para ser reparados, aun cuando las familias no sostuvieran la misma teoría que sus terapeutas acerca de su situación (Nichols, 2007). El movimiento *postmodernista* apareció en respuesta a este paradigma y posicionó la duda de si existen las verdades absolutas o si alguna vez pueden ser conocidas (Nichols, 2007). El *posmodernismo* se trata de un cuestionamiento a los paradigmas existentes acerca del conocimiento de la verdad, de la cultura y la naturaleza del individuo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Promulgan la inexistencia de una verdad absoluta, que es reemplazada por verdades locales que son valoradas y validadas según su contexto o cultura (Bertrando y Toffanetti, 2004). El pensamiento posmoderno muestra escepticismo hacia las ideas de lenguaje, poder, conocimiento y verdad (Bertrando y Toffanetti, 2004). Cada corriente teórica en la psicología y otros campos de investigación y trabajo es únicamente un conjunto de supuestos teóricos y premisas que definen la forma de conceptualizar un problema o situación: un marco referencial (Beyebach, 1999). Watzlawick (1992, En Beyebach, 1999) define la teoría como “reductor de complejidad”. Beyebach (1999) reconoce que los modelos teóricos marcan qué elementos de lo que nos rodea serán observados y cuáles no, y determina en qué sitios buscar lo que nos concierne y en cuáles no. En consecuencia, Watzlawick (1984, En Beyebach, 1999) considera que en el contexto terapéutico no se realizan descubrimientos sino que se construye una realidad sobre la base de los supuestos teóricos de los terapeutas y los aportes de cada cliente en la interacción. Las ideas con que trabaja cada profesional en psicoterapia, por ejemplo el uso de diagnósticos como “trastorno obsesivo compulsivo”, o conceptos como “self”, “triangulación”, etc., se consideran invenciones que se evalúan por su utilidad y no por su grado de veracidad (Beyebach, 1999).

En este contexto surge una forma de ver el mundo denominada *construccionismo social* que promulga al contexto relacional como edificador de los significados y de la identidad de las personas. “El yo crece dentro del marco de intercambios y conversaciones en el que estamos insertos, y la identidad es el resultado de las narraciones que cada uno de nosotros escribe dentro de tales danzas conversacionales” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 294). La diferencia principal entre el constructivismo y el construccionismo es que el primero hace énfasis en la mente y la forma en que cada observador construye la realidad en términos de constructos mentales; mientras que el segundo se enfoca en la primacía de las relaciones humanas en las que se construye el significado por medio del lenguaje (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por lo tanto, el construccionismo promulga la primacía de

la conversación como medio para desarrollar una voz interna, o un sentido de identidad (Bertrando y Toffanetti, 2004). Entonces, el papel del terapeuta viene a ser el crear diversas nuevas historias con infinitas posibilidades de atribuir nuevos sentidos a la experiencia (Anderson y Goolishian, 1992; En Bertrando y Toffanetti, 2004). La narración dominante es aquella que sostiene la identidad, por lo que los terapeutas intentan generar varias y diversas conversaciones para revisar las narraciones dominantes y reconstruir nuevas narraciones a partir de la misma en el diálogo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Frente al posmodernismo las escuelas de psicología reaccionan de dos maneras principalmente: algunas como las terapias familiares psicoanalíticas e intergeneracionales se encierran en su modelo y pasan por un período de inactividad en el que su teoría no evoluciona (Bertrando y Toffanetti, 2004). Por otro lado, hay teorías que aceptan o incorporan parte de los dilemas posmodernos. Las nuevas teorías no se concentran en los problemas, en su naturaleza ni su historia sino que guían la atención de los clientes hacia un futuro en que este problema no exista (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este contexto surgen la terapia breve centrada en soluciones, heredera de las terapias estratégicas, y la terapia narrativa (Bertrando y Toffanetti, 2004). Asimismo, la terapia sistémica del modelo de Milán sigue en desarrollo.

La terapia centrada en soluciones es desarrollada por Steve de Shazer, quien funda en 1982 el Brief Family Therapy Center en Milwaukee junto con un grupo pequeño de colaboradores entre los que se encontraban Gingerich, Molnar y Kim Berg (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este modelo deriva de las ideas del modelo del MRI, poniendo énfasis extremo en la primacía de reconocer el potencial y los recursos de los clientes, en el lenguaje y en intentar proveer a los clientes de tratamientos lo más prácticos simples y cortos posibles (Bertrando y Toffanetti, 2004). El objetivo de este grupo es lograr superar el tinte manipulador de las terapias estratégicas mediante el reconocimiento de que los clientes son los expertos en cuanto a sus vidas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Debido a que el foco de esta terapia es encontrar soluciones, a pesar de que muchas veces éstas no tengan una conexión cercana con los problemas, esta terapia no se enfoca en dar diagnósticos ni definir el problema (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esta terapia es de carácter breve y dura máximo 10 sesiones, con un promedio entre cuatro y seis (Bertrando y Toffanetti, 2004). El elemento terapéutico se da principalmente en el *trabajo con excepciones* (Bertrando y Toffanetti, 2004). El foco de la terapia está en los momentos en que el problema no se presenta en lugar de centrar el contenido de la terapia en el problema

mismo (Nichols, 2007). Para esta escuela de terapia sistémica, es suficiente que se produzca un cambio pequeño, mientras sea notado y valorado por los miembros del sistema de modo que “retroactúen” sobre la situación centrando su atención sobre las soluciones en lugar de los problemas y ampliando cada cambio pequeño. Esto se ha llamado “*Efecto bola de nieve*” (Beyebach, 1999). De esta manera, por ejemplo, si los clientes expresan que no se han peleado tanto en este fin de semana, el terapeuta se interesará en preguntar qué actividades o interacciones tuvieron lugar en vez de las peleas y cómo lograron que esto suceda (Beyebach, 1999). Al trabajar principalmente con las soluciones los clientes tienen mayor posibilidad de identificar sus objetivos terapéuticos y eso ayuda al terapeuta a notar y hacer hincapié (magnificar) en los momentos en que se están consiguiendo estos logros terapéuticos (Beyebach, 1999). Esto impulsa a que los clientes tomen la responsabilidad de los cambios obtenidos, y que sientan que tienen poder de gestión sobre los mismos (Beyebach, 1999; Nichols, 2007). Otra contribución de De Shazer (1988, En Nichols, 2007), es la diferencia que conceptualizó entre quien describe la queja pero no está inclinado a solucionar la situación y un cliente que tiene una demanda y está motivado hacia el cambio. Estas características no son parte de los clientes sino de la relación terapéutica. La labor del terapeuta es impulsar una conversación en la que el cliente pase de una queja a una demanda, reconocer lo que el cliente ya ha logrado que es digno de reconocimiento (*elogio*) y, probablemente, sugerir una tarea para que centre su atención en las excepciones a su problema en su contexto fuera de terapia (Beyebach, 1999). Una técnica de la terapia sistémica centrada en soluciones es la *pregunta milagro* (Beyebach, 1999; & Nichols, 2007) en la que el terapeuta sugiere al cliente que se ubique en un tiempo futuro en que su problema se ha resuelto y que describa la situación. Esta pregunta clarifica los objetivos terapéuticos de cada cliente y permite que visualicen aquellas cosas que desean hacer, que actualmente están siendo obstaculizadas por el problema (Nichols, 2007). “Si el terapeuta puede incentivarlos a empezar a hacer esas cosas *a pesar* del problema, de repente el problema podría no verse tan grande” (Nichols, 2007, p. 253).

Los principales representantes de la *terapia narrativa* son Michael White y David Epston (Bertrando y Toffanetti, 2004). White siempre estuvo interesado por el modelo del MRI, especialmente por las ideas de Bateson acerca de la construcción de significados y de la comunicación (Bertrando y Toffanetti, 2004). Una de sus principales contribuciones es la *externalización del síntoma*, un proceso mediante el cual el problema se separa de la

persona por medio de la personalización del mismo (Bertrando y Toffanetti, 2004). El problema se va transformando en un objeto externo a través de la metáfora (Beyebach, 1999; & Nichols, 2007). Los clientes personifican a su problema a través del uso de verbos y adjetivos que lo van describiendo y caracterizando como si fuera humano. Cuando el conflicto se ha externalizado, el terapeuta tiene la posibilidad de centrar la atención en cómo puede enfrentar la familia o el cliente a este enemigo y enfocarse en las posibles soluciones (Beyebach, 1999; & Nichols, 2007). Otra alternativa es realizar preguntas para investigar las influencias que ha tenido el problema (no sus causas), ya que “los problemas dependen de sus efectos para su supervivencia; entonces, al enfrentarse al conflicto y no permitirle que les afecte, los clientes cortan el sistema de soporte vital del problema” (White, S.f.; En Nichols, 2007, p. 271). Muchas veces las personas creen que sus dificultades son una muestra de su debilidad de carácter, ya que se identifican con ellas (Nichols, 2007). Al externalizar el problema las personas pueden valorar aquellas características positivas que poseen, pero que el problema ha estado ocultando (Nichols, 2007). Por otro lado, Epston propone otra forma de alcanzar el mismo propósito: separar al problema y a la persona (Bertrando y Toffanetti, 2004). Epston logra este propósito, junto con otros de aspecto práctico, a través de cartas que escribe a los clientes después de cada sesión (Bertrando y Toffanetti, 2004). La escritura de estas cartas le permite tomar notas de las sesiones, reflexionar de forma más pausada acerca de lo acontecido en terapia y, al leerla a los clientes, vuelve al problema más objetivo y externo (Bertrando y Toffanetti, 2004). White y Epston, en conjunto, crearon una modalidad de terapia cuyo objetivo principal era separar a la persona del síntoma y del discurso dominante (Bertrando y Toffanetti, 2004). Estos autores proponen que la identidad que el sujeto se atribuye está generada por este discurso dominante, construido según cómo narran los otros a la persona. “La persona se relata así misma la historia dominante que relatan los otros” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 318). Esto no le permite determinar los significados de forma independiente y auténtica (Bertrando y Toffanetti, 2004). El problema, según White y Epston, se da cuando las personas subjetivizan el problema y lo convierten en un problema personal, que genera malestar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Para la terapia, estos autores proponen el proceso de la *objetivización del problema*, en el que lo deconstruyen, evidenciando sus causas históricas y culturales (Bertrando y Toffanetti, 2004). Como herramienta para este propósito, se valen de la externalización del síntoma que revela a los clientes la influencia y el poder que el problema ejerce sobre su vida (Bertrando y

Toffanetti, 2004). Así, la persona se separa del problema y de la narrativa dominante y pasa a asumir el poder personal que poseen y a preguntarse qué quieren realmente (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las terapias narrativas reflejan un gran respeto por los valores, las narrativas y las ideas de los clientes, al no brindar importancia a las hipótesis y teorías del terapeuta (Bertrando y Toffanetti, 2004). Las terapias narrativas tuvieron tanto éxito e impacto, que algunos teóricos de las escuelas sistémicas y estratégicas adaptaron a sus prácticas las ideas de las mismas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En el lapso entre el año 1990 y el 2000, la terapia sistémica del modelo de Milán de Boscolo y Cecchin tuvo también una importante evolución (Bertrando y Toffanetti, 2004). Boscolo promulga la importancia de retomar el énfasis en las emociones en terapia, porque considera que el ingrediente cognitivo no es suficiente para lograr cambios en los clientes (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su perspectiva describe que “las emociones son la empatía” (Boscolo, 2000; en Bertrando y Toffanetti, 2004). En consonancia con las ideas de Carl Rogers, este autor sugiere que los terapeutas observen las emociones que ocurren en él durante la sesión y las expongan a los clientes (Bertrando y Toffanetti, 2004). Además, Boscolo y Bertrando retoman la atención máxima por el aspecto no verbal en terapia, que define el contexto de las situaciones (Bertrando y Toffanetti, 2004). Además, presentan un modelo que puede ser aplicado perfectamente a terapia individual. Al diálogo terapéutico, estos autores lo llaman *voces internas*, las que todos reconocemos en nuestro interior y se forman a través de la interacción con personas importantes en nuestra vida (Bertrando y Toffanetti, 2004). Los terapeutas, entonces, pueden crear hipótesis acerca de las voces internas del cliente. Así, proponen conceptualizar a las voces internas como un tercer elemento en la relación con el terapeuta y el cliente, y al diálogo entre las tres entidades en un proceso dialéctico (Bertrando y Toffanetti, 2004). En estos años Cecchin desarrolla su idea de *curiosidad* (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esta posición terapéutica intenta “considerar las experiencias comunicadas como una de las posibles verdades y de aceptar plenamente la diversidad de las personas, sin buscar modificar nada, al menos como programa terapéutico inicial, aunque al mismo tiempo el terapeuta debe ser activo en la búsqueda de un sentido nuevo a hechos e ideas” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 310). Así, esta postura libera al terapeuta de la posición de experto y de la frustración al terapeuta no experto porque puede crear varias hipótesis acerca del contexto y no hacer interpretaciones rígidas (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esta postura también fortalece la

alianza terapéutica y es reconocedora hacia el cliente (Bertrando y Toffanetti, 2004). En la misma línea, los terapeutas conversacionales Anderson y Goolishian plasmaron las ideas del constructivismo en un modelo de relación terapéutica más democrática al considerar que el terapeuta debe enfocarse más en interesarse por los clientes que en curarlos (Nichols, 2007). Esta nueva ola de terapeutas colaborativos consideraban que no se debía hacer terapia a los clientes sino que se debía hacer terapia con los clientes (Nichols, 2007). Los terapeutas posmodernos, utilizan también la *metáfora* como herramienta terapéutica (Nichols, 2007). Las metáforas permiten representar las relaciones, los sentimientos, los comportamientos y el mundo, y debido a que se expresa mediante imágenes, es una forma de lenguaje que se encuentra entre el lenguaje analógico y el digital (Beyebach, 1995; En Ortiz, 2008). “Entonces, el lenguaje metafórico introduce un cambio en la red de interacciones familiares y al hacer esto, permite una redefinición del problema y de la persona además de implicar a todos en el proceso” (Ortiz, 2008, p.275).

El uso de técnicas, en cualquier corriente terapéutica tiene ciertas ventajas y desventajas. Por un lado, el aprendizaje de técnicas ayuda al terapeuta a aprender el aspecto práctico de las teorías psicoterapéuticas, y le orientan en cuánto a lo que debe hacer, cómo hacerlo, qué expectativas tener y para qué realizar las intervenciones (Laso, 2010). Sin embargo, el uso indiscriminado de técnicas, que se aplican de forma manualizada y con la expectativa de un solo desenlace o resultado, conlleva grandes desventajas. Generalmente, las técnicas aprendidas no tienen en la práctica el resultado esperado (Laso, 2010). Cuando esto ocurre, los terapeutas, quienes le han atribuido el poder “mágico” de crear el cambio a la técnica, se frustran y consideran a este desenlace como un fracaso (Laso, 2010). Entonces, suelen intentar aplicar con más fuerza la técnica hasta hacerlo de la manera “correcta”, o buscar una nueva técnica (Laso, 2010). En este proceso, los terapeutas suelen culpar a los clientes de este supuesto fracaso por su “resistencia”. Como resultado de centrarse en la técnica, los terapeutas pierden de vista el proceso relacional del diálogo y, además, no consideran el valor de abrir nuevos rumbos de exploración terapéutica a partir de los resultados inesperados que suelen surgir (Laso, 2010). Este uso de las técnicas disminuye la autonomía de los terapeutas, quienes se dedican únicamente a aplicarlas como meros “técnicos”, cuyo criterio y creatividad no tienen oportunidad de ser puestos en práctica (Laso, 2010). Al darle todo el crédito a las técnicas, los terapeutas no colocan la responsabilidad del cambio donde debe estar: en ellos mismos, por ser expertos en conversaciones que propician cambios; y en los clientes,

quienes realizan en sus vidas los cambios (Laso, 2010). En este sentido, la técnica coloca a los clientes en una posición condescendiente, ya que se le atribuyen los cambios al supuesto poder de las técnicas y no al potencial inherente al cliente (Laso, 2010). En cuanto a la relación terapéutica, la primacía de la técnica colabora a la formación de una relación complementaria entre el terapeuta y el cliente, lo cual es descalificador para ambos y restringe las posibilidades de cambio (Laso, 2010).

El uso más nocivo y restrictivo y de la técnica se da cuando se intenta aplicarla para definir la relación terapéutica (Laso, 2010). Las distintas escuelas sistémicas han intentado a lo largo de la historia, como se ha descrito anteriormente, aplicar técnicas como la confrontación, la prescripción de síntomas, la externalización y la connotación positiva, entre otras, sin tomar en cuenta el contexto relacional. Como lo expresa Laso (2010, p.5):

Para que un mensaje reconocedor surta efecto tiene que ser genuino; si se emite con la intención de que surta efecto deja de ser genuino -y, por ende, fracasa. Más en general: cuando "aplico" una técnica dada sin que la relación mejore no es porque la haya hecho "mal" sino todo lo contrario: la he hecho tan "bien" que he olvidado vincularme con mi consultante a través del interés genuino -que no es una técnica sino un fin en sí mismo. Si me intereso "genuinamente" por alguien con miras a conseguir algo, aunque sea "su" bien, ya no me intereso genuinamente sino con una segunda intención.

Estos errores comunes que se han descrito anteriormente no implican a la técnica en sí, sino a la forma como ésta es concebida (Laso, 2010). Por lo tanto, la solución se encuentra en modificar nuestra concepción de la técnica y no en discontinuar su uso. Para ello, Laso (2010) propone fluir en el diálogo, centrarse en la experiencia y no intentar dirigir la interacción o volcarse a la aplicación de la técnica en sí. Esto “privilegia la autenticidad, la espontaneidad y la cercanía experiencial con los consultantes por encima de la pureza teórica o la destreza técnica” (p. 3). Lo que Laso (2010) propone para solucionar este dilema de las técnicas es tomarlas como una “forma de organizar la acción del terapeuta, y por ende, la interacción con los consultantes, de modo que pueda integrar sus respuestas en términos de un objetivo terapéutico, inmediato o distante, coherente con su teoría de la terapia y derivado del diálogo con los miembros del ‘sistema problema’” (p. 7). Vista de este modo, la técnica no se vuelve una fijación con un fin esperado, sino que se la usa para conectarse con el cliente, cambiando el orden de sus experiencias y comportamientos (Laso, 2010). El terapeuta necesita conectarse con la familia para lograr hacer sentido de su marco referencial. Para ello, debe poner atención a su experiencia en el mismo momento en que está oyendo al cliente con curiosidad e interés genuino, y notar los cambios importantes que señalan una comprensión del malestar y también de los recursos

de la familia (Laso, 2010).

El terapeuta fluye con la conversación reorientándola lenta y progresivamente en dirección de la salud y la autonomía. Y para hacerlo, toma la demanda de la familia y le añade circularidad: la hace girar en torno a sí mismo, a su “centro”, integrándola en su experiencia, y la devuelve transformada, con un énfasis y una tonalidad ligeramente distintas y cada vez más notorias, amplificando los aspectos subyugados por el problema (las excepciones, la naturaleza relacional del trastorno, el afecto debajo de las peleas, etc.) (p.6).

Tras identificarse y sentir en su propia experiencia cómo es el cliente, el terapeuta puede proponer intervenciones de carácter experimental que emerjan de la familia (Laso, 2010).

De este modo, las terapias sistémicas actuales son principalmente reconocedoras frente a los clientes y al terapeuta mismo. Los terapeutas, conscientes de que no existe una realidad definida, cuentan con las múltiples realidades que el cliente y el terapeuta traen a terapia, y las que construyen en conjunto por medio de un proceso dialéctico dentro de la misma. Estas construcciones creadas a través del lenguaje y la relación ayudan a atribuir nuevos significados a las experiencias de todos los participantes en este sistema terapéutico. Además, en las terapias sistémicas existe la conciencia de que el modelo terapéutico no es lo más importante sino los factores extraterapéuticos, sobre todo la relación establecida con el cliente. En esta línea, los modelos son únicamente una forma de guiar las percepciones y acciones del terapeuta y de reducir la complejidad al momento de comprender a los clientes, por lo que se van evaluando las hipótesis y considerando las técnicas a utilizar según lo prácticas que resulten y no por qué tan verdaderas éstas sean. El cliente es siempre un agente activo en la formulación de las hipótesis ya que es el experto en cuanto a su vida; y estas hipótesis generadas en terapia son solamente una manera de organizar la información y los sucesos en terapia de una forma plausible para los clientes y el terapeuta. En esta modalidad terapéutica, las conversaciones no se concentran en el problema en sí, en su historia ni su pasado, sino principalmente en los recursos y potenciales del cliente, en las relaciones y en las excepciones que existen en la vida del cliente frente al problema en el presente, en el aquí y ahora de la terapia, y en un futuro en que el problema ya no esté en la vida del cliente. Así, se contribuye además a separar a la persona del problema. Las conversaciones en terapia no tienen una agenda o un desenlace definido, sino que se basan en la fluidez y en que los actores en el proceso terapéutico fluyan en este diálogo de infinitas posibilidades. Además, las terapias sistémicas mantienen su inicial interés en la comunicación, sobre todo la analógica que es la que define el contexto y da sentido a la digital. Los comportamientos humanos, desde la perspectiva

sistémica, pueden ser comprendidos únicamente de forma circular y se atribuyen al contexto y a la interacción. El proceso terapéutico debe ser lo más corto y eficaz posible, y también se deben propiciar intervenciones sencillas y simples. Finalmente, las terapias sistémicas en la actualidad promueven una postura terapéutica que se basa en el interés y la curiosidad genuinos, utilizando la experiencia propia del terapeuta como un centro a partir del cual se puede acercarse a la experiencia de la otra persona y comprenderla. Esta postura contribuye a que el terapeuta se conecte con el malestar del cliente y también con su potencial. Se trata de mantener un vínculo empático a través de la observación cuidadosa del terapeuta y sus estados mentales en el aquí y ahora de la terapia, para lograr propiciar un diálogo fluido y fluir con el mismo (Laso, 2010).

Introducción al caso

Por motivos de confidencialidad en el presente documento se han cambiado los nombres de los participantes en la terapia. María es una mujer de 41 años de edad, cuya ocupación es la de ama de casa. Está casada con Luis (50 años). Sus hijos son Carlos, Ana, Lucía y José; y sus edades oscilan entre los 7 y 14 años. La familia vive en la ciudad de Quito, Ecuador. La madre se entera del servicio de consultas psicológicas gratuitas ofrecido por la Universidad San Francisco de Quito a través de una estudiante de psicología. Ella llama a pedir una cita y más tarde la terapeuta se contacta con ella y convoca a todos los miembros que estén interesados en asistir a la sesión, y que tengan disponibilidad de tiempo para hacerlo. Como antecedente a esta sesión, la terapeuta había atendido a Ana (hija) para una evaluación diagnóstica acerca de una posible anorexia sospechada por los padres. Esta hipótesis fue descartada y se cerró este proceso antes de iniciar la terapia sistémica. La familia, anteriormente, había asistido a dos sesiones de terapia familiar en un centro no relacionado con la USFQ, en la cual les pidieron a sus miembros que creen un cuadro con tareas y reglas para cada uno, junto con posibles consecuencias en caso de no cumplirlas. La madre reporta que esto fue efectivo por aproximadamente dos semanas, hasta que su marido empezó a discutir e incumplir las reglas; los hijos dejaron de cumplir con las tareas y reglas luego de que Luis rompió la hoja en la que se encontraba el cuadro que habían creado. A la primera sesión asistieron María, con tres de sus hijos: Ana, Lucía y José. En esta primera entrevista se acordó que la madre continúe el proceso de terapia en formato individual.

Profundización del caso

En la primera entrevista, María explicó su preocupación acerca de los constantes conflictos familiares, especialmente con su esposo, y los problemas de los hijos en la escuela. Además, se quejó de la ausencia de su marido en casa y de la desobediencia de sus hijos. La demanda manifiesta expresada por María fue: “lo que quiero es tener una mejor relación entre nosotros. Sé que algo está marchando mal y no quiero que esta familia se dañe”.

Durante el proceso terapéutico, la dinámica de interacción de la familia se fue evidenciando. Se realizaron una serie de hipótesis relacionales que se fueron confirmando o descartando a través del proceso. Las hipótesis confirmadas por la cliente fueron las siguientes:

María comentó que debido a la ternura que siente hacia sus hijos, y por el deseo de verlos mantener una relación armónica entre ellos, suele sobreprotegerlos e interferir cuando discuten entre ellos. Cuando esto sucede, María ha notado que las discusiones suelen ser más intensas y de mayor duración que en las ocasiones en que ella no interviene.

En la misma línea, María se queja de que su marido no la ayuda en casa, sin embargo, al realizar todas las tareas, no existe la posibilidad de que Luis coopere; ya que al llegar todas las tareas han sido atendidas por su esposa. Además, María pudo reconocer que en determinadas ocasiones anticipa una respuesta negativa y grosera de su marido, pero llegado el momento, Luis responde de manera positiva. Esta anticipación suele predisponer a María a alejarse de su marido y actuar de forma defensiva cuando interactúa con él. Esta actitud de rechazo injustificado que Luis percibe, lo impulsa a actuar de forma negativa y poco afectuosa hacia María. Este ciclo de interacción confirma la hipótesis que María se plantea durante la anticipación imaginativa de la posible reacción de Luis, lo cual refuerza el círculo vicioso.

Finalmente, María notó que, por las diferencias entre ella y Luis, cada uno de ellos enviaba mensajes opuestos o confusos a sus hijos en cuanto a las normas y valores en casa. María identificó esta situación, junto con el hecho de que sus hijos estaban presentes durante sus peleas y discusiones, como una posible fuente de confusión y ambigüedad para sus hijos, lo cual promovía su comportamiento de desobediencia. Al mismo tiempo, la desobediencia de los hijos propiciaba nuevas discusiones y desacuerdos en la pareja,

quienes les respondían nuevamente con mensajes dispares. Esto reforzaba el círculo de interacción, perpetuando el problema.

Sintomatología

María comenta que *casi siempre* se siente presionada o estresada en su trabajo en casa, tiene sentimientos de culpa, y se siente irritada y molesta. Además, dice que *con frecuencia* se lleva bien con otros, se siente querida y que la necesitan, y se siente satisfecha con su vida. Sin embargo, dice también que *frecuentemente* se siente débil y atemorizada, percibe que trabaja excesivamente o más de la cuenta en casa, se siente inútil, percibe que le abruma los problemas de su familia, se siente sola, discute con otros, tiene los músculos adoloridos a pesar de no haber realizado ejercicio previamente, se siente nerviosa, le dan dolores de cabeza y se siente triste.

Además, comenta que *a veces* encuentra satisfacción en su trabajo en casa, se siente bien consigo misma, se considera una persona feliz, considera que trabaja tan bien como lo hacía antes, disfruta de su tiempo libre, siente que le va bien en el trabajo en casa, y percibe que sus relaciones con otros la satisfacen. Por otro lado, expresa que *a veces* se cansa rápidamente, tiene dificultades para concentrarse, se siente sin esperanza en el futuro, le perturban o molestan pensamientos de los que no puede deshacerse, tiene muchas discusiones en casa y considera que algo anda mal con su mente.

Asimismo, la cliente expresa que *casi nunca* siente desinterés general, ni siente que algo malo va a ocurrir. Por otra parte, *casi nunca* se siente contenta con su matrimonio y su pareja, ni se siente llena con su vida sexual.

Finalmente, María dice que *nunca* piensa en quitarse la vida, , ni tiene malestares estomacales, ni siente palpitaciones excesivas, ni siente temor en espacios abiertos o cerrados, ni tiene dificultades para dormir, ni presenta episodios de ira excesiva en la que haga cosas de las que después se pueda arrepentir.

A pesar de que la mayor parte de terapeutas sistémicos, guiados por los principios constructivistas, no atribuyen etiquetas diagnósticas a las personas (Beyebach, 1999), por motivos de requerimientos procedimentales para el presente documento se procederá a analizar la sintomatología de María en términos de patología. Las conductas, pensamientos y sentimientos de la cliente, dirigen la atención hacia un diagnóstico de depresión y

ansiedad subclínicas, medidas por el cuestionario OQ-45.2. Tiene sintomatología consistente con trastornos depresivo y de ansiedad no especificados, en el primer Eje de diagnóstico del DSM IV. No existen diagnósticos relevantes en el segundo y tercer eje.

Historia

Familia

María, su esposo Luis, y sus cuatro hijos: Carlos, Ana, Lucía y José, viven juntos en Quito, Ecuador. María tiene una relación estrecha con sus hermanos y su madre. Dice haber sido muy sobreprotegida por su familia debido a una condición médica que atravesó en la adolescencia, que requería de una constante vigilancia con respecto a la medicación. Esta relación de estrecha dependencia se mantuvo hasta la muerte del padre de María, hace ocho años. Luis tiene una buena relación con la madre de María, aunque no demasiado cercana. Carlos, Ana, Lucía y José son muy cercanos a los padres y hermanos de María y suelen compartir la mayor parte de los días festivos y vacaciones con ellos. Luis tiene una buena relación con sus padres. María, por su lado, tiene una relación conflictiva con sus suegros, debido a resentimientos producidos hace ocho años, época en que en un revés financiero, Luis los mantenía económicamente. Los cuatro hijos de la pareja tienen una relación amable con sus abuelos paternos, a pesar de que no pasan tanto tiempo con ellos.

Educación- ocupación

Luego de terminar el bachillerato, María deseaba ingresar a la Universidad. Estos planes cambiaron cuando se casó con Luis, y no realizó una carrera universitaria. Hace cinco años María trabajaba en su casa. Este trabajo la satisfacía mucho y lo dejó cuando se cambiaron de casa y ya no contaban con el espacio adecuado para mantener esta actividad. Actualmente, María está buscando un trabajo en los colegios cercanos a su residencia, para lograr tener su trabajo en un horario en que pueda atender a sus hijos. Luis obtuvo un título universitario y anteriormente realizó trabajos diplomáticos. Actualmente, trabaja en la administración de una empresa. Todos los hijos asisten a una escuela en Quito.

Social

María cuenta con un grupo reducido de amistades, pero dice que son amistades fuertes y se siente satisfecha con su entorno social. Su madre y sus hermanas son grandes fuentes de compañía y apoyo para ella. Comenta que disfruta de asistir a reuniones

sociales, pero que cuando Luis llega tiene una actitud distante y expresa con su lenguaje corporal que está aburrido. María lo interpreta como una falta de educación y casi siempre decide salir temprano de las reuniones porque esta actitud que percibe de Luis la avergüenza.

Salud médica y mental

María es una mujer que goza de un buen estado de salud general, fuera de sentir dolores de cabeza fuertes de manera esporádica. Durante la adolescencia fue diagnosticada con un desbalance en la tiroides, y toma medicamentos para regular esta condición desde entonces. Actualmente, este problema se encuentra controlado. La cliente reporta que no existen antecedentes de patología ni psicopatológicos en su familia de origen ni en su familia actual. Tampoco existen trastornos patológicos ni de psicopatología en la familia de origen de su esposo.

Evaluación

María, Ana, Lucía y José asistieron a una entrevista en la cual la madre expresó la situación que la llevó a buscar el servicio de terapia. Durante esta sesión, los hijos no expresaron verbalmente su postura frente al caso, pero su lenguaje corporal fue de ayuda para inferir su actitud frente a la situación. Con el objetivo de conocer el impacto y los resultados que ha tenido un tratamiento psicológico determinado, es necesario realizar mediciones estandarizadas, válidas y confiables que nos indiquen de forma cuantificable la efectividad de dicho tratamiento. En consecuencia, al final de la primera y la última sesión de terapia, y después de 6 meses de haber concluido el proceso terapéutico, María contestó el cuestionario OQ-45.2.

El OQ-45.2 es un cuestionario de autoevaluación que fue creado por Lambert et al. en Estados Unidos, en 1996, con el objetivo de medir el progreso en los procesos terapéuticos por medio de sucesivas mediciones (pre y post tratamiento) (Correa et al., 2006; De la Parra & Von Bergen, 2006). Este cuestionario mide el distrés psicológico y consta de tres subescalas: sintomatología (ansiedad y depresión), relaciones interpersonales y rol social (Correa et al., 2006; De la Parra & Von Bergen, 2006). Lambert et al. (1996; En De la Parra & Von Bergen, 2006) plantean la medición de un continuo de bienestar general que contiene cómo se siente el paciente internamente, la forma en que se relaciona con personas significativas y la manera en que está funcionando en tareas de la vida diaria

como el estudio y el trabajo. Se ha demostrado que el OQ-45.2 mide de forma válida los resultados de tratamientos psicoterapéuticos de forma sensible al cambio (Correa et al., 2006; De la Parra & Von Bergen, 2006). Es decir, logra registrar cambios entre el comienzo y el fin del proceso terapéutico, así como lo hace entre sesión y sesión (De la Parra & Von Bergen, 2006). Aunque el OQ- 45.2 contiene apenas 45 ítems, ha demostrado ser un instrumento práctico que cubre los principales motivos de consulta por los que un paciente asiste a terapia (De la Parra & Von Bergen, 2006).

A pesar de que el Cuestionario de Resultados OQ-45.2 fue creado en los Estados Unidos, para poblaciones subclínicas, su validez y sensibilidad a la patología han sido demostradas en diversas poblaciones. Por Ejemplo, Correa et al. (2006) pusieron a prueba la validez de este instrumento en Santiago de Chile, con 116 pacientes internados en un instituto psiquiátrico. El test se tomó a los pacientes al ingresar a la institución, en el momento del alta y después de 15 días. Para todos los pacientes, exceptuando aquellos con daños orgánicos, los puntajes obtenidos en el cuestionario fueron estadísticamente menores a lo largo del tiempo, incluso en la tercera medición, durante el seguimiento. Este estudio resulta interesante ya que, además, se utilizó el OQ-45.2 como medida de predicción de los tipos de trastorno que tenían una prognosis más prometedora tras el tratamiento brindado en este hospital.

De la Parra & Von Bergen (2006) realizaron una adaptación, validación y obtención de normas en la población chilena de entre quince y sesenta años, de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo en la Región Metropolitana de este país. Además de haber comprobado su validez en un país sudamericano, los autores demostraron su confiabilidad y su validez concurrente con un instrumento de medición de sintomatología creado en Chile (De la Parra & Von Bergen, 2006). Este hecho hace del OQ-45.2 un instrumento de mayor validez en países latinoamericanos que una variedad de cuestionarios que han sido validados únicamente en Estados Unidos. De la Parra y Von Bergen (2006) establecieron un puntaje de corte de 73 puntos, es decir, la población normal en Chile tiende a obtener un puntaje menor a 73 y la población con comportamiento disfuncional tiende a puntuar por sobre este valor (Correa, et al., 2006). Además, establecieron que, en la población chilena, un índice de cambio confiable y estadísticamente significativo se establece cuando la diferencia entre la puntuación entre la primera (pre-tratamiento) y la última medición (post-tratamiento) es mayor o igual a 17 puntos (Correa et al., 2006). Sobre la base de esta investigación, se decidió utilizar estos parámetros para evaluar los resultados en la

medición de eficacia del presente estudio de caso.

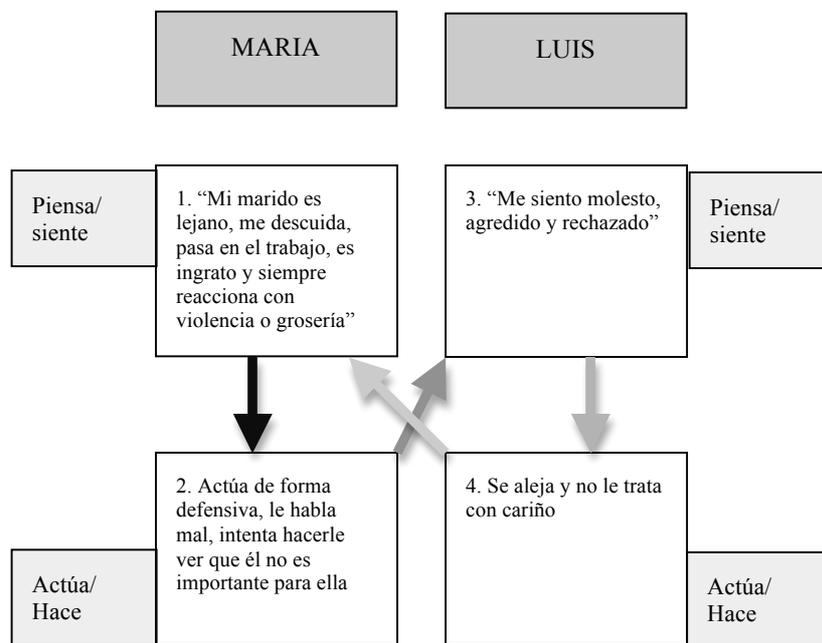
Conceptualización del caso

María expresa el malestar que le causan los conflictos familiares que se dan constantemente en casa. Sus principales preocupaciones son: la relación conflictiva y lejana que tiene con su marido, los efectos que pueden tener estas peleas sobre sus hijos, y la desobediencia y bajo rendimiento de sus hijos en la escuela. María reconoce que es inconsistente en la disciplina con sus hijos, que los sobreprotege y que constantemente interviene en las discusiones entre ellos. Además, considera que ella y Luis dan mensajes muy distintos y en ocasiones opuestos a sus hijos en cuanto a las reglas del hogar y otros temas, por lo que ellos se sienten confundidos y actúan de forma desobediente. También considera que la agresividad y mala relación entre sus hijos y entre hijos y padres puede estar influida por su presencia en las peleas entre ella y su marido. María se siente ignorada por su marido y tiene resentimientos hacia él porque considera que ha sido ingrato y no se porta bien con ella. Además, María presenta una sintomatología ansiosa y depresiva subclínicas.

En esta familia, es posible observar una serie de triangulaciones, coaliciones y patrones circulares de funcionamiento que no están siendo adaptativos en este momento para el sistema. La *causalidad circular* se refiere a una forma de describir una serie de eventos en los sistemas vivos en la que se revela que lo que piensa, siente y hace una persona A influye sobre una persona B, y que a su vez lo que piensa, siente y hace B tiene un efecto sobre A (Beyebach, 1999; Nichols, 2007). Debido a que este es un modelo circular, y no lineal, en este conjunto de interacciones aparecen patrones en los cuales no es posible definir un inicio y un final específicos y, por ende, no es posible encontrar culpables de la situación porque el problema emerge en la interacción (Beyebach, 1999).

En este caso, María y Luis se encuentran inmersos en una relación en la que ambos suponen que el otro va a actuar de forma hostil y frente a esto actúan defensivamente ante el otro y se alejan. Específicamente, María cree que su marido la descuida y siente un gran resentimiento ya que piensa que él no ha agradecido todos los sacrificios que ella ha hecho por él. Debido a estos pensamientos y sentimientos, María actúa frente a su marido de forma defensiva, le habla mal, intenta demostrarle que no le importa y le recrimina

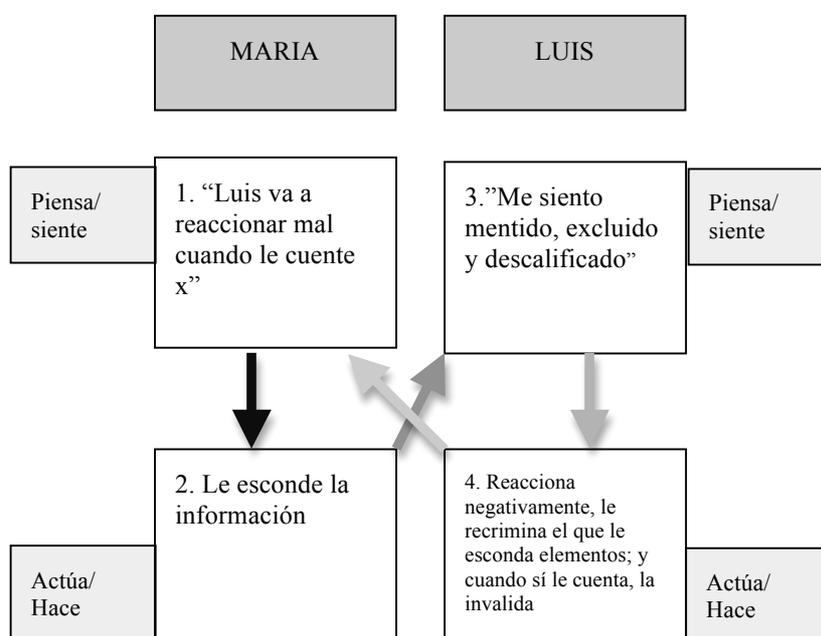
constante y repetitivamente los defectos que percibe en él. Frente a esto, Luis se siente agredido, rechazado y molesto. En consecuencia, actúa alejándose de ella y no la trata con cariño, sino de forma dura y grosera. Esto retroalimenta el ciclo, al confirmar la suposición de María de que su marido es lejano, desconsiderado y que reacciona mal hacia ella. Esta interacción puede ser visualizada mediante el siguiente gráfico de nudo de corbata o Bow-tie:



* Se tomó como el punto de partida los pensamientos y sentimientos de María de forma arbitraria, sin embargo, se puede tomar como inicio cualquier punto del gráfico.

Otro patrón circular disfuncional que se construyó en terapia, que guarda una estrecha relación con el descrito anteriormente da lugar a varios de los problemas de pareja. María constantemente anticipa respuestas negativas por parte de Luis antes de contarle algún acontecimiento. Debido a que María frecuentemente asume estas potenciales respuestas de Luis le esconde información. Por ejemplo, María le ocultó a Luis durante aproximadamente un mes que continuaba yendo a terapia individual, porque pensaba que iba a reaccionar de manera invalidante y negativa. Al darse cuenta de que María le esconde ciertos datos Luis se siente excluido, descalificado y mentido, y se

molesta. En consecuencia, reacciona de manera negativa hacia María, recriminándole que no confía en él e invalidando varios de los acontecimientos que María sí le cuenta. Este círculo de interacción funciona también a modo de lo que se conoce como una profecía autocumplidora (Ortiz, 2008). Cuando María observa esta respuesta en Luis, confirma sus sospechas de que va a reaccionar mal y sigue ocultándole varios hechos, lo cual retroalimenta el ciclo. Esta interacción se puede observar en el siguiente gráfico circular:



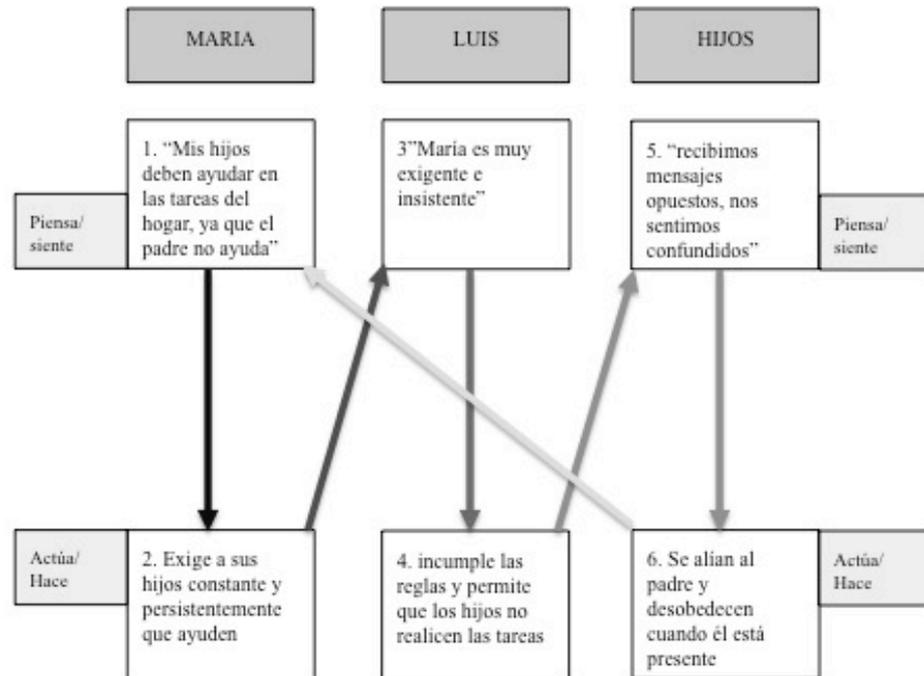
* Se tomó como el punto de partida los pensamientos y sentimientos de María de forma arbitraria, sin embargo, se puede tomar como inicio cualquier punto del gráfico.

En ambos análisis circulares de las dinámicas de esta pareja, se puede observar que no es posible determinar un inicio ni un final en cada situación, ya que se podría iniciar la lectura de los gráficos en cualquier punto del mismo. Tampoco se puede decir que uno de los dos es el culpable o el que causa o inicia este problema.

Bowen (s.f., En Nichols, 2007) propuso que cuando dos personas no pueden resolver un conflicto tienden a reducir la ansiedad y tensión del problema incluyendo a una tercera persona (o más), para evitar la resolución directa del mismo, lo cual se conoce como *triangulación*. En el momento en que María habla negativamente con sus hijos acerca de

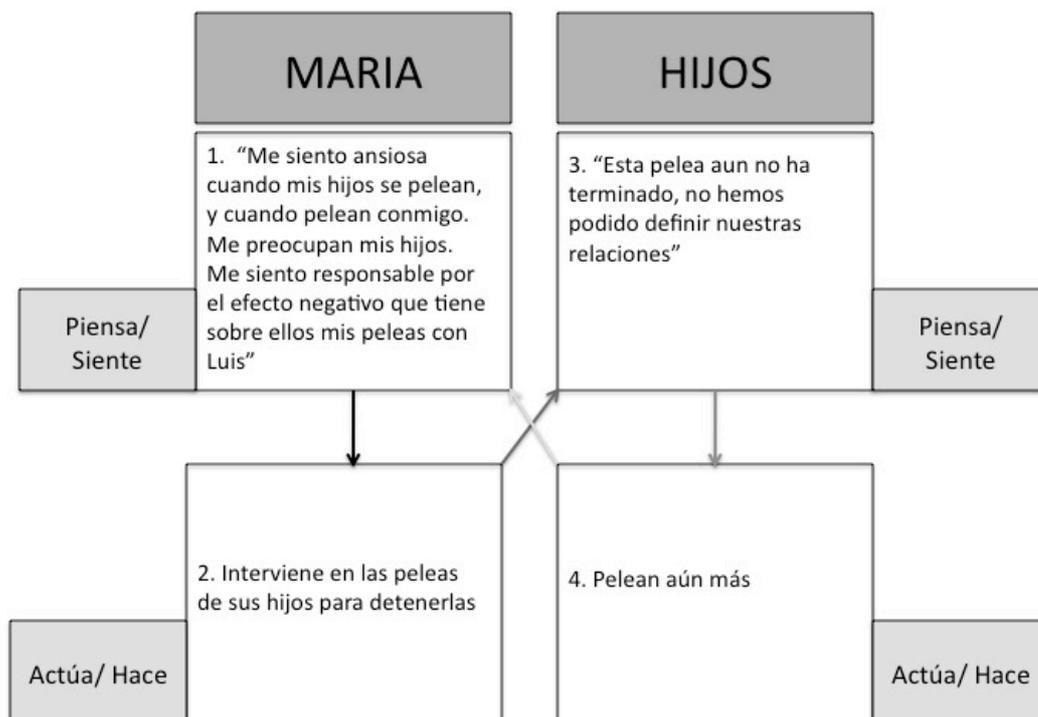
Luis, y ellos intervienen en los conflictos de sus padres o toman el lado de la madre para criticar a su padre, se forman triángulos llamados coaliciones. Las *coaliciones* son relaciones triangulares en que dos o más personas se alían en contra de una tercera (Nichols, 2007). Estas triangulaciones disminuyen la probabilidad de que María y Luis resuelvan sus conflictos y complica aún más las relaciones en esta familia. En muchos casos en que los hijos son desobedientes, es común encontrar que los padres tienen un conflicto con respecto a la forma de manejar las reglas y la disciplina (Nichols, 2007).

En este caso, existe una triangulación en la que Luis percibe a María como una persona muy estricta en la formación de sus hijos con respecto a las tareas a realizarse en el hogar. Por lo tanto, siente la necesidad de proteger a sus hijos siendo permisivo y descalificando a María. En estos casos, en cambio, los hijos se vuelven aliados del padre y se sienten confundidos por los mensajes opuestos emitidos por María y Luis, lo que los lleva a desobedecer y a no realizar las tareas del hogar cuando su padre está en casa. Obsérvese esta interacción circular en el siguiente gráfico de nudo de corbata:



* Se tomó como el punto de partida los pensamientos y sentimientos de María de forma arbitraria, sin embargo, se puede tomar como inicio cualquier punto del gráfico.

Otro patrón circular que se ha creado en la interacción de esta familia, es aquel que ocurre entre María y sus hijos, que causa conflicto. María describe que no le gustan las peleas en casa y que está preocupada por los conflictos que se dan entre sus hijos. Cuando María ve que sus hijos se pelean, interviene en las discusiones y los detiene, lo cual no permite que definan sus relaciones de manera independiente. Como resultado, los hijos empiezan a pelearse más para redefinir la relación entre ellos. Cuando los hijos empiezan a pelearse, María vuelve a intervenir con mayor insistencia y el ciclo se perpetúa. El gráfico circular de esta interacción se muestra a continuación:



* Se tomó como el punto de partida los pensamientos y sentimientos de María de forma arbitraria sin embargo, se puede tomar como inicio cualquier punto del gráfico.

Cuando la estructura y las interacciones entre los miembros de la familia no son adaptables a su contexto es necesario introducir situaciones que amplifiquen innovaciones en el sistema y alteren sus circunstancias (Nichols, 2007). La terapia sistémica es reconocida por su utilidad como herramienta para generar estas perturbaciones en el sistema y en el círculo vicioso relacional establecido, generar una comunicación más efectiva y propiciar la adaptación de la familia a una dinámica más saludable conforme a sus propios objetivos terapéuticos (Nichols, 2007).

La relación conflictiva entre la pareja influye sobre el desarrollo de patologías como ansiedad y depresión en una o ambas partes (Carr, 2009; Coyne, 1997; En Denton & Burwell, 2006; Vaughn & Leff, 1976; Hooley *et al.*, 1986; & Okasha *et al.*, 1994; en Leff *et al.*, 2000; Whisman, 2001; En Denton & Burwell, 2006). Esta sintomatología en uno o ambos de los padres tiene un efecto sobre las relaciones que aumenta la propensión a que se presenten más conflictos, lo que a su vez, profundiza los síntomas (Coyne, 1997; En Denton & Burwell; Tyrer & Baldwin, 2006). Además, se ha demostrado que una relación parental caracterizada por conflictos puede afectar a los hijos, derivando en una mayor propensión a desarrollar conductas negativas (Du Rocher & Cummings, 2007; Kiehlkowski & Pryor, 2008; & Zarrazin & Cyr, 2007).

La terapia familiar sistémica ha demostrado ser efectiva para disolver los problemas en las relaciones familiares y, a su vez, disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva (Carr, 2009; Estrada *et al.*, 2008; Lerner, 2004; Leff *et al.*, 2000; Muñiz, 2004; Prest & Robinson, 2006; & Sydow *et al.*, 2010). Debido a que en este caso diversos patrones circulares de interacción, entre los que se encuentran involucradas triangulaciones y coaliciones, están influyendo sobre la existencia de relaciones maritales conflictivas, relaciones filiales problemáticas, relaciones negativas entre padres e hijos, y la aparición de sintomatología ansiosa y de depresiva en la madre; se escogió la terapia sistémica como la más adecuada como forma de intervención.

Procedimiento – Tratamiento

En la terapia sistémica, se siguen diversos pasos para organizar y enmarcar el tratamiento. En muchas modalidades de terapia sistémica existe un equipo terapéutico con el cual el terapeuta consulta y discute el caso y que ayuda a hacer una lluvia de ideas acerca de las intervenciones y estrategias a aplicarse (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nichols, 2007). Muchas veces, participa un coterapeuta que ayuda a evitar triangulaciones y a observar de manera más detenida lo sucedido en terapia (Nichols, 2007). En este caso, se contó con la terapeuta (estudiante) y la coterapeuta (estudiante) durante todo el proceso terapéutico, y el equipo (15 estudiantes y supervisor) participó en la primera entrevista y durante el seguimiento de varias sesiones. En total, se llevaron a cabo 5 sesiones de terapia, que es lo que dura en promedio un proceso terapéutico de terapia sistémica breve (Bertrando y Toffanetti, 2004; Beyebach, 1999; & Muñiz, 2004); este número de sesiones no fue planificado desde el principio del proceso terapéutico, sino que fue el tiempo espontáneo en el que el problema fue disuelto.

A modo general, las primeras etapas de intervención en terapia sistémica son la llamada telefónica o contacto inicial y la presesión (Bertrando y Toffanetti, 2004; & Nichols, 2007). Desde la primera entrevista en adelante, para cada sesión de terapia familiar, se realiza una presesión con el equipo reflexivo, después se da la conversación con la familia o cliente, seguido de una pausa para discutir lo ocurrido con el equipo terapéutico y generar ideas para la intervención, luego de lo cual se da una devolución a la familia y al terminar la sesión se lleva a cabo una postsesión o discusión con el equipo; finalmente, se realiza un seguimiento (Bertrando y Toffanetti, 2004; & Nichols, 2007).

Debido a que la relación con el terapeuta y el contexto de la terapia empiezan a definirse desde el primer contacto (Ortiz, 2008), la conversación inicial con la familia o cliente es muy importante. En ella, se pretende conocer de forma general el motivo de consulta, quienes están involucrados en el problema percibido (incluyendo la derivación) y se organiza la asistencia de la familia o el cliente a la consulta (Nichols, 2007). En esta llamada es necesario tener cuidado de convocar de forma correcta para cada caso a las personas adecuadas para no generar triangulaciones entre el terapeuta y ciertos miembros de la familia o con quienes derivan a los clientes (Ortiz, 2008). Además, se aconseja adoptar una postura pseudocomplementaria o one-down flexible, que permite la mayor capacidad de maniobra para el terapeuta (Nichols, 2007; & Ortiz, 2008).

En este caso, la terapeuta había trabajado en un proceso terapéutico con Ana, una de las hijas de María, por una posible anorexia sospechada por sus padres. Durante este tratamiento, la madre solicitó una consulta de terapia familiar debido a sus múltiples preocupaciones acerca de la dinámica de su hogar. Una vez que se cerró el proceso de terapia con Ana, la terapeuta realizó la llamada a María, quien había solicitado en primera instancia la consulta en el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). En esta conversación, la terapeuta conoció brevemente el motivo de consulta y convocó a todos aquellos miembros de la familia que estuvieran involucrados en el problema y que quisieran y pudieran venir. Esta convocatoria se realizó de esta manera, siguiendo los consejos de Ortiz (2008) y Nichols (2007), para no generar triangulaciones con María u otros miembros de la familia y permitir que los miembros de la familia sientan la libertad de asistir únicamente si lo desean. Además, se programó la cita para la consulta y se le comunicó que en ella tendría lugar una conversación para conocer más acerca de la situación, y que la terapeuta, la coterapeuta y su equipo definirían qué les pueden ofrecer. De esta manera, la terapeuta definió con la familia la relación desde una posición one-down y no generó expectativas que después no podría cumplir.

Antes de la primera entrevista, se realizó una presesión de aproximadamente 15 minutos con la terapeuta, la coterapeuta y el equipo terapéutico, en la que se crearon hipótesis, con la información recabada en la primera entrevista, acerca del funcionamiento de esta familia. Estas hipótesis se formulan para iniciar un proceso activo de pensamiento y análisis de la situación, y no para llegar a conclusiones (Nichols, 2007). Durante la primera entrevista, los objetivos son crear una relación terapéutica sólida, generar un

contexto positivo en el cual se pueda llevar a cabo la conversación entre el terapeuta y los clientes, definir o redefinir la relación con la familia, conocer la información que cada uno de los asistentes a terapia puedan proporcionar, e intentar reformular la queja o pedido inicial en una demanda operable (Nichols, 2007; & Ortiz, 2008). Generalmente, el equipo terapéutico observa la conversación de la familia con el terapeuta detrás de un espejo unidireccional (Nichols, 2007), pero en este caso se realizó una instalación de video que transmitía la señal a una televisión situada en un cuarto contiguo donde el equipo terapéutico observaba lo que ocurría dentro del consultorio.

A la primera sesión asistieron María y tres de sus hijos: Ana, Lucía y José. En este caso, la entrevista duró aproximadamente 45 minutos, en los cuales María explicó la relación conflictiva y distante que existe entre ella y su marido; y la preocupación que siente por sus hijos, quienes pelean constantemente entre ellos, desobedecen a sus padres, y tienen problemas en la escuela. Cuando la madre hablaba de forma negativa acerca del padre, los hijos demostraban incomodidad mediante su lenguaje corporal, alejándose físicamente de ella. Las intervenciones de la terapeuta durante esta conversación se centraron en preguntas circulares, pero, como sugieren Boscolo y Cecchin (s.f., en Nichols, 2007), no se hicieron con un propósito de llegar a un resultado o desenlace particular preestablecido, ya que en estos casos las respuestas de la familia están restringidas hacia dar respuestas que el terapeuta espera. En este sentido, lo que se hizo fue realizar preguntas circulares con curiosidad e interés genuino “como si se uniera a la familia en una expedición investigativa con respecto a su problema” (Cecchin, 1987; en Nichols, 2007, p. 118).

Después de esta conversación, la terapeuta y la coterapeuta salieron a reunirse con el equipo terapéutico durante 30 minutos y se definieron las intervenciones y la tarea que se le iba a sugerir durante la devolución a la familia. La devolución es el momento tras la pausa en la que el terapeuta se reúne con su equipo, en que la familia se vuelve a juntar con el terapeuta y éste último les trasmite lo que ha conversado con su equipo (Beyebach, 1999; Nichols, 2007). Existen varios formatos para la devolución pero generalmente se suele hacer un resumen de la conversación (Nichols, 2007) y, en ocasiones transmitir un mensaje reconecedor basado en los recursos del cliente y en la comprensión de su malestar (Beyebach, 1999; & Laso, 2010). También se debe reformular la demanda y, en los casos

que se crea apropiado, sugerir una tarea para realizar en casa antes de la siguiente sesión (Beyebach, 1999; Nichols, 2007; & Ortiz, 2008).

Lo primero que se hizo en la devolución fue reconocer y resaltar el sacrificio que ha hecho María por sus hijos y su familia al estar siempre pendiente de todos y dejar de lado su vida y sus propias necesidades para que su familia esté lo mejor posible. Esta intervención tiene cierta semblanza con el elogio, teorizado por De Shazer (En Beyebach, 1999), que son mensajes que transmiten a la familia lo que genuinamente el terapeuta considera que han hecho de forma positiva, subrayando sus cualidades y recursos para apoyar a los clientes en sus fortalezas y promover el progreso terapéutico; todo esto en el espíritu de un interés genuino (Boscolo y Cecchin, s.f.; En Nichols, 2007). Además, se le comunicó indirectamente a la madre, a través de una intervención dirigida a los hijos que este sacrificio es apreciado por cada uno de ellos de manera distinta, que tal vez no es la esperada por la madre, con el propósito de evidenciar la circularidad de la situación. La terapeuta y el equipo consideraron que los temas de conflicto en el subsistema parental no debían ser tratados en presencia de los hijos, por lo que se resolvió proponerle a la madre que en la siguiente ocasión asista a terapia con su marido, si esto era posible, y sino que venga solamente ella. Pensando en esto, se les pidió a los hijos que de momento no hagan nada activamente por solucionar la situación. Estas intervenciones permitieron reformular la demanda y preparar el terreno para sugerir que la siguiente sesión se lleve a cabo sin los hijos. La queja presentada por María se reformuló en términos de una demanda operable al definir que su interpretación de la dinámica del hogar y de sí misma, y la forma en que ella se comporta con otros miembros de la familia, influye sobre los problemas que ella percibe. En este caso, el comportamiento de los hijos dejó de ser el centro de atención y se dirigió el enfoque hacia su propio bienestar y su habilidad de tomar acciones eficaces al gestionar las relaciones con sus familiares. En la devolución también se le hizo a la madre una sugerencia, o tarea para llevar a cabo antes de la siguiente sesión. Debido a que la mayor parte de cambios se dan fuera de la sesión y por factores externos a la terapia (Hubble, et al., 1999; En Flaskas, 2010; Miller & Duncan, 2000; En Lerner, 2004), es aconsejable hacer una sugerencia a la familia, a la que también se le llama tarea (Beyebach, 1999; Nichols, 2007; & Ortiz, 2008). Las tareas son útiles para conocer la voluntad del cliente hacia el cambio, para aumentar la atención de las personas en su situación y posibles excepciones a su problema, y para que hagan descubrimientos acerca

de su rol en los conflictos (Nichols, 2007). En este caso se le pidió a María que se comprometiera a poner atención a lo que ocurre, antes, durante y después de que sus hijos la desobedecen o la obedecen. Este pedido se hizo con el objetivo de que María empiece a fijarse de forma atenta a las dinámicas del hogar y cómo las conductas de cada miembro de la familia tiene una influencia sobre el comportamiento del resto del sistema. Además, esta tarea de “pararse a ver” cómo se desarrollan los acontecimientos permite que se ponga en una postura de observador sin intervenir en el conflicto. Finalmente, se le sugirió que haga un poco menos de las tareas que quisiera que su marido realice, ya que si ella no deja de hacerlas su marido no estará en necesidad de hacerlas tampoco.

Al terminar, se le pidió a María que tome el test OQ-45.2 de estrés psicológico para poder realizar una medición postratamiento y evaluar la efectividad del proceso terapéutico. Este cuestionario se volvió a aplicar en la última sesión y 6 meses después de la culminación del tratamiento. Finalmente, se programó la siguiente reunión para dos semanas después de aquel día con María y posiblemente su marido, Luis.

Una vez que ha concluido la terapia, el terapeuta y el equipo terapéutico pueden llevar a cabo una post-sesión en la que discuten lo que han observado durante la sesión y la devolución, crean nuevas hipótesis acerca del funcionamiento familiar y del problema, y planifican posibles líneas de acción para la próxima sesión (Nichols, 2007; & Ortiz, 2008). En este caso, la post-sesión de la primera entrevista se llevó a cabo con el equipo y duró aproximadamente 30 minutos.

Las siguientes sesiones se llevaron a cabo únicamente con la terapeuta y la coterapeuta presentes. Sin embargo, se mantuvo la estructura de las sesiones ya que antes de que llegue la paciente la terapeuta y la coterapeuta llevaban a cabo la presesión; ambas salían durante la pausa a discutir sus ideas y formular estrategias y vías de intervención para la devolución; y se reunían en la post-sesión para evaluar la sesión y la evolución de la demanda y de la alianza terapéutica, y para crear nuevas hipótesis. En dos ocasiones, entre sesión y sesión se discutió con el equipo los avances del caso y en una ocasión se lo hizo directamente con el supervisor.

A continuación, se relatará un esquema describiendo un resumen de la conversación, de los cambios en la circularidad y en la relación terapéutica, y las principales intervenciones ocurridas en las sesiones siguientes a la primera entrevista. El

lector puede referirse a la base teórica para conocer los fines de las intervenciones descritas, y a los informes de sesión del caso clínico incluidos en el Anexo para una descripción detallada del contenido de cada sesión y conocer el contexto en el que las intervenciones descritas a continuación tuvieron lugar.

Sesión #2.

Resumen de la conversación:

Al inicio de la sesión se habló con María acerca de cómo había transcurrido la semana y qué descubrimientos había hecho a través de las sugerencias de exploración que le fueron propuestas en la primera entrevista. María comentó que considera que la desobediencia de sus hijos se da porque están atravesando por la etapa de la adolescencia y por pereza. Esto demuestra una atribución de este problema a factores intrínsecos de los miembros de la familia. María comentó que ha observado que cuando no está el padre realizan las tareas del hogar pero cuando él llega no las hacen. También cree que Luis es responsable de este comportamiento de sus hijos porque ellos observan la falta de consideración que ella percibe en su marido. María Considera que Luis y ella le dan mensajes opuestos a sus hijos y que, en respuesta, ellos se sienten confundidos y “hacen lo que les da la gana”. Además, atribuye la agresividad de sus hijos al observar los gritos entre ella y su marido y cree que “cuando los padres tienen problemas, los hijos tienen problemas”. María ha observado que cuando no interfiere en los conflictos de sus hijos, ellos los resuelven más rápido que cuando ella intenta detener las peleas e interceder por aquellos que considera más débiles o tranquilos. María siente que Luis le estorba y no le gusta cuando llega a casa. También Se siente ignorada y no valorada por su marido, y cuando sí está en casa ella reacciona hacia él con fastidio ya que él no se porta bien con ella.

Seguimiento de la demanda reformulada:

Durante esta segunda sesión ya se pudieron observar cambios en la actitud, la narrativa y el comportamiento de María y de otros miembros de la familia, que reflejan adhesión a la demanda reformulada en la primera entrevista. Todavía persiste, como es natural, una visión lineal al explicarse la situación familiar (atribuciones intrínsecas del comportamiento de los hijos y culpabilización hacia Luis como responsable de la desobediencia de los hijos). Sin embargo, su forma de relatar la situación es más detallada y demuestra mayor conciencia de la circularidad (por ejemplo al ver el contexto en que sus hijos ayudan que es cuando el padre no está y al notar que dan mensajes opuestos a sus hijos). Estos cambios son los que el segundo equipo de Milán denominó *cambio en la epistemología familiar*, es decir, un cambio en la forma de concebir la situación o a sí mismo por parte de uno o más miembros de la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esto, según Linares (1996), tiene efectos sobre la narrativa de la persona, además de colaborar a la formación de nuevas relaciones que le proporcionan mayor nutrición relacional. De esta manera, el cliente proyecta al resto de personas una imagen nueva ante la cual éstas, a su vez, reaccionan de forma distinta y nueva frente al cliente (Linares, 1996). María, además, ha incorporado en su relato situaciones en las que nota que su comportamientos influye sobre los problemas percibidos (por ejemplo, al describir que cuando no interfiere en las peleas de sus hijos estas se resuelven más rápido). Esta situación es un ejemplo de lo que De Shazer (En Nichols, 2007) llamaría una *excepción*, en la cual la terapeuta tomó gran interés y propició que esta se magnificara, desviando la atención del problema y colocándola en las situaciones en que este no se presenta. Además, se pudo observar que el foco de atención de María se ha movido parcialmente de su preocupación acerca de los hijos hacia las interacciones. En esta sesión hubo menos quejas y culpabilización hacia Luis que en la sesión pasada, y una comprensión más global del funcionamiento relacional.

Cambios en el patrón de circularidad:

María demuestra una mayor comprensión de la forma en que su comportamiento incide sobre el del resto de miembros de la familia y viceversa. Esto dio mayor comprensión también a la terapeuta de las dinámicas de interacción de la familia. El mayor cambio observado hasta el

momento es la excepción que se dio cuando María no intercedió en las peleas de sus hijos y notó que así se resuelven con mayor rapidez y efectividad. María demuestra mayor tranquilidad y ha empezado a poner más atención a su contexto.

Cambios en la relación terapéutica:

María se presenta más tranquila y menos ansiosa, habla de forma más pausada y permite una mayor interacción con la terapeuta, dejándole hablar en una proporción más igualitaria.

Tareas o sugerencias propuestas:

Debido a lo ocurrido en la sesión, a la terapeuta y a la cliente se les ocurrió investigar nuevamente qué ocurre esta semana si observa como espectadora externa lo que ocurre cuando no interviene en las peleas entre sus hijos. Esta actividad, se pensó en ese momento que reforzaría los cambios observados. Además, podría generar una ganancia de una perspectiva más amplia, detallada y circular de la interacción; además de notar más excepciones (De Shazer, En Nichols, 2007 & Beyebach, 1999).

Sesión #3.

Resumen de la conversación:

Al inicio de esta sesión la terapeuta y la cliente conversaron acerca de cómo le fue esta semana con el plan de acción que crearon en la sesión pasada. En su investigación por medio de la observación, María descubrió que cuando ella no está “atrás de ellos” sus hijos se pelean, pero si no se mete en la discusión, ellos lo resuelven más rápido. Ha intentado dejar de hacer ciertas tareas de la casa, pero si ella no las realiza, nadie las hace. María aclara que en la anterior sesión dijo sentirse bien al salir de las sesiones de terapia pero que esto no era del todo cierto ya que en realidad se siente desgastada y triste. Además, comenta que normalmente utiliza recursos, como por ejemplo distraerse, para no sentirse triste. A María no le gusta cuando otras personas discuten, la pone ansiosa y acepta sentirse más molesta que las mismas personas involucradas en el conflicto. Tras una exploración conjunta, aclaró que conecta a la tristeza con la nostalgia de las metas que no ha cumplido, y con aquellos aspectos que ha empezado a reconocer de sí misma en terapia que ha intentado evadir. En el transcurso de la sesión a la terapeuta y a la paciente se les ocurrió conversar acerca de cómo María se imagina en el futuro. Se le pidió que se imagine a sí misma en 10 años, cuando tenga 51. Que describa cómo se ve a sí misma y que comente qué consejo le daría María de 51 años a María de 41 años. Esto se relaciona pregunta milagro (De Shazer, s.f.; En Beyebach, 1999 & en Nichols, 2007) y fue positivo en cuanto a que ayudó a definir los objetivos terapéuticos de María y a procurar que visualice aquellas cosas que desea hacer que actualmente están siendo “tapadas” por el problema. María dijo que en ese tiempo futuro estará más tranquila y con más tiempo para sí misma, con hijos grandes con menos necesidades de atención. También comentó que en el futuro se ve casada con Luis ya que tiene temor de pensar en una vida sin él. Finalmente, se aconsejó a sí misma buscar trabajo y así realizar esa meta que ha dejado de lado.

Seguimiento de la demanda reformulada:

María redefinió sus objetivos terapéuticos en adhesión a la demanda reformulada. La queja hacia Luis ha disminuido, y la ha reemplazado por interpretaciones más circulares. Finalmente, María demostró vislumbrar opciones más operables de acciones que puede emprender por sí misma para generar cambios.

Cambios en el patrón de circularidad:

Todos cambios observados por la terapeuta se le comunicaron a María durante la devolución: María ha dejado de ser excesivamente complaciente con sus familiares, y ha disminuido su comportamiento de intervenir en los conflictos de los hijos. Además su narrativa está menos centrada en la queja contra otras personas de su familia y más enfocada en la atención y reconocimiento circular de su experiencia. Esta intervención se dio de forma espontánea y genuina, en un momento natural del diálogo en que la terapeuta respondió frente a los cambios experienciales observados en sí misma para lograr una comprensión de la experiencia de María, y lo compartió con ella; en concordancia con el concepto de *curiosidad* planteado por Cecchin (En Bertrando y Toffanetti, 2004).

Cambios en la relación terapéutica:

Se intuye un fortalecimiento de la relación terapéutica en base a que María ha podido comentar con confianza y sinceridad la tristeza que siente al salir de las sesiones. Probablemente María está siendo también menos complaciente en sus otras relaciones

Tareas o sugerencias propuestas.

Siguiendo la pauta de la conversación de la sesión, la terapeuta le sugirió a María que observe aquellos momentos en que se pone triste y reciba esta experiencia en su totalidad. Además, se le recomendó conectarse con su tristeza, observar y describir su experiencia. También se le sugirió ponerse triste a propósito, durante 15 minutos aproximadamente, en aquellos días en que no se sienta triste naturalmente. Esto podría ser una forma de favorecer la integración de la tristeza en su rango experiencial. Probablemente, esto llevaría a cortar el ciclo de evitación de sentirse triste, y posiblemente lograría ampliar los matices en el reconocimiento y descripción de sus emociones..

Sesión #4

Resumen de la conversación:

Debido a que las emociones no se pueden controlar de forma voluntaria, María reportó no haber logrado ponerse triste. Este hecho no fue interpretado por la terapeuta y la coterapeuta como un fracaso de la sugerencia o “tarea” propuesta en la anterior sesión, ya que no fue utilizado como una técnica con un desenlace único esperado, como recomienda Laso (2010). Esto fue considerado como positivo, ya que la sintomatología depresiva disminuyó. En esta sesión exploramos la soledad a manera de lo que Goolishian y Anderson (En Bertrando y Toffanetti, 2004) denominan *externalización*. Poco a poco, la terapeuta fue haciendo preguntas en una postura de interés y curiosidad genuinos, acerca de cómo se veía esta soledad, qué características tenía, cómo la reconocía María, entre otras, hasta llegar a describirla a manera de una persona externa. La terapeuta confiaba en que esto podría transformar al problema en un objeto externo y hacerlo más manejable para María, además que posiblemente lograría poner en consideración que la tristeza es una emoción más y que María no “está tomada” por la misma.

María reconoce a la soledad como su principal miedo y se ve a sí misma con Luis dentro de diez años porque estar con él es lo que hace que “no se le abra la puerta a la soledad”. Comenta que desde que asiste a terapia Ana ha mejorado porque le tienen más confianza y le cuenta sus cosas. Dice sentirse más contenta y relajada y siente un cambio con Luis. Ha observado que ahora extraña a Luis y siente vacío cuando él se va a sus viajes de negocios. Cuenta que él también le ha dicho que la extraña. María percibe menos discusiones entre ella y su marido. Han empezado a hacer más actividades solos, sin los niños. Dice que han vuelto a conversar. Esta semana le comentó a Luis que está asistiendo a terapia, lo cual le había ocultado por miedo a su mala reacción. María observó que él reaccionó de forma positiva, que es una reacción distinta a la que ella esperaba. En la conversación de esta sesión, la atención de la terapeuta se centró en estas excepciones (De Shazer, s.f.; En Beyebach, 1999; & en Nichols, 2007) en que el problema no se presenta, lo que ocasionó que estas cobren mayor importancia. Esto ayudó a centrar la atención de María también en estas excepciones, lo que crea un “efecto bola de nieve” (De Shazer, s.f.; En Beyebach, 1999; & en Nichols, 2007) o de magnificación de las circunstancias positivas y en las formas en que ha buscado soluciones. Se podría describir a esta conversación como una narrativa centrada en la soluciones.

Seguimiento de la demanda reformulada:

En esta conversación ya no existió ningún elemento de queja o culpabilización y se observó un incremento de *acciones* positivas en el hogar. También se han revelado varios logros terapéuticos que se adhieren a la demanda, que hicieron considerar tanto a la terapeuta y coterapeuta como a la cliente que la demanda inicial se había disuelto:

- Demuestra un reconocimiento más amplio de la situación
- Comunica una comprensión global, dinámica y circular de las relaciones y del problema
- Refleja que el comportamiento de los hijos ha dejado de ser totalmente el foco de atención
- Ha centrado su atención a las soluciones y fortalezas en lugar de al problema
- Reporta una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva

- Establece una relación entre su evolución en terapia y el cambio en la interacción con otros miembros de la familia

Cambios en el patrón de circularidad:

Ahora que María ya no está tan “encima” de sus hijos y que ya no interfiere en las peleas entre ellos, sus hijos han disminuido sus peleas, porque ahora les permite definir sus relaciones. Además, al permitir que resuelvan sus conflictos con calma y confianza, ellos también sienten más confianza de acercarse a ella. María dice reconocer su responsabilidad dentro de los círculos de interacción negativos que han emergido en su relación con Luis y ha realizado cambios de actitud en su interacción con él. En consecuencia, Luis ha respondido positivamente y las discusiones han disminuido. La comunicación ha mejorado y han empezado a hacer juntos más actividades sin los niños, lo que disminuye en gran medida la posibilidad de enviar mensajes opuestos a sus hijos y, sobre todo, los afianza como pareja. María también ha demostrado un mayor interés hacia Luis y ha disminuido las acusaciones hacia él, lo que ha dado pie a que él se sienta más a gusto con ella y se le acerque más, rompiendo el ciclo de hostilidad que existía anteriormente. Esto ha dejado fluir la nutrición relacional entre ambos.

Cambios en la relación terapéutica:

María refleja estar menos ansiosa y más tranquila, los silencios ya no son tan incómodos para ella. La relación terapéutica parece ser más sólida porque María expresa con mayor confianza sus temores e ideas, y no brinda explicaciones largas y complejas para justificar las debilidades y errores que percibe en sí misma. La terapeuta ha reducido su ansiedad en observar cambios en María y ha aumentado aun más su confianza en su potencial para realizar cambios positivos en sí misma y su contexto

Tareas o sugerencias propuestas:

En la devolución se hizo énfasis en los cambios observados en María (excepciones) y se comunicó la admiración que la terapeuta siente hacia ella por su valentía, su fuerza y su disposición a realizar cambios a pesar de las complejidades que suelen presentar las situaciones de cambio. Además, la terapeuta advirtió que los cambios son muy positivos pero puede ser riesgoso realizar demasiados cambios de forma súbita, esto en cierto sentido tiene un parecido con la técnica de la *restricción* (Weakland, s.f.; En Nichols, 2007). Mediante el uso de una metáfora, que utiliza imágenes, un lenguaje entre el digital y el analógico, que permite redefinir la situación (Ortiz, 2008); la terapeuta conversó con María acerca de la posibilidad existente de que se den retrocesos en los cambios observados y que esto sería natural. Debido a que la demanda ha sido disuelta por completo, se le pidió considerar si existe algún otro aspecto en el que desearía trabajar.

Sesión #5

Resumen de la conversación:

María reconoce que desde la muerte de su padre ha logrado ser más independiente y que las sesiones de terapia han reforzado este proceso. Además, comenta que ha estado negociando acuerdos con Luis en cuanto a la disciplina de sus hijos. También comentó que ha notado que se anticipa a las reacciones de Luis y que ha observado que finalmente él suele reaccionar más tranquilo de lo que ella espera. María comenta que la semana pasada pensaba plantear a la terapeuta el trabajar en su preocupación por su situación laboral. Sin embargo, ya decidió por sí misma que lo que desea es trabajar en un colegio y ha dejado su currículum en algunos de ellos. Dice que le preocupaba no tener tiempo para dedicar a sus hijos pero reconoce que “no está mal tener un poquito menos de mamá presente”, ya que ahora nota que al intervenir menos en sus asuntos y estar menos “encima de ellos”, las cosas han mejorado. Los problemas presentados en la primera sesión se han diluido durante el proceso terapéutico. María ya no expresa un malestar con respecto a sus hijos y su relación con Luis. Un indicador de que la demanda se ha resuelto es que María ya no habla de los problemas que presentó en un inicio, además, la sintomatología ansiosa y depresiva se ha reducido notablemente.

Cambios en el patrón de circularidad:

María interfiere menos en los problemas y decisiones de sus hijos. Esto ha producido un cambio en su interacción con ellos, quienes ya no reaccionan de forma defensiva y territorial frente a su madre y han aprendido a resolver los conflictos por su cuenta. María también ha reducido su

actitud crítica y hostil frente a Luis, quien ahora se muestra más cercano y afectivo con ella. Además, ha empezado a confiar más y contarle las cosas a Luis en lugar de ocultárselas porque está empezando a no adelantarse y presuponer una reacción negativa de su parte. Luis ha reaccionado bien últimamente, por ejemplo cuando le contó que está asistiendo a terapia. Se puede observar como se ha fortalecido en esta familia la nutrición relacional entre los miembros y esto ha reducido el malestar de toda la familia. María ha empezado a ver la forma de disciplinar a su hijos como una negociación con Luis y están empezando a formar un “frente común”, reduciendo las coaliciones y uniéndolos cada vez más. En respuesta, el comportamiento agresivo y rebelde de sus hijos ha disminuido.

Tareas o sugerencias propuestas:

No se sugirieron más tareas, debido a que la demanda de María ha sido atendida y su mayor preocupación en estos momentos, su necesidad de conseguir trabajo, ya está siendo gestionada de forma eficaz. Se dio una conversación entre la terapeuta la coterapeuta y la cliente acerca del proceso terapéutico y cómo cada una había cambiado y crecido en el mismo. También se le transmitió a María la confianza verdadera que la terapeuta sentía en cuanto a que las cosas iban a estar bien en su familia, por todos los esfuerzos que han hecho cada uno de los miembros y la confianza y unión que han logrado entre todos. Tanto María como la terapeuta consideraron que era momento de terminar la terapia y se pactó un próximo acercamiento por parte de María hacia la terapeuta en caso de enfrentar alguna situación que la rebase en el futuro, y que sienta que no puede gestionar por sí misma.

Resultados

En la primera sesión, María contestó el test OQ-45.2. El *resultado global* de la misma fue de 84, siendo el puntaje de corte de 73, lo cual demuestra un alto índice de distrés psicológico, mayor al presentado por la población normal. En cuanto a la subescala de sintomatología, que mide predominantemente síntomas ansiosos y depresivos, la puntuación fue de 46 (puntaje de corte = 43). Por otro lado, en la escala de *relaciones interpersonales*, que se relaciona con el malestar en la vida familiar, en la relación de pareja, en las relaciones interpersonales y con el aislamiento, el puntaje fue de 21 (puntaje de corte = 16), lo cual demuestra un malestar significativo de María en estas áreas. Finalmente, en la escala de *rol social-laboral*, que mide el malestar en cuanto al rendimiento laboral (se considera a las labores domésticas dentro de esta categoría), el conflicto, la ineficiencia y el estrés en este campo, la puntuación fue de 17 (puntuación de corte = 14), lo que demuestra cierto malestar en el área laboral y de rol social. En esta primera medición, la puntuación en todas las escalas se encontró sobre el puntaje de corte, lo que demuestra que María presentaba síntomas más pronunciados que la población normal.

Al final del proceso terapéutico, se le pidió a María que conteste nuevamente el cuestionario OQ-45.2. En esta ocasión, el *índice global* de malestar psicológico fue de 31 puntos, lo cual demuestra una gran disminución en el malestar general de María. Además, la diferencia entre la puntuación de la aplicación pre-tratamiento y post-tratamiento es de

53 puntos en la escala global, que representa un índice de cambio confiable y estadísticamente significativo (mayor o igual a 17 puntos). En cuanto a la escala de *sintomatología*, el puntaje en esta segunda aplicación del cuestionario fue de 17, es decir, 29 puntos por debajo del este índice en la medición pre-tratamiento. Por otro lado, en la escala de *relaciones interpersonales* la puntuación fue 7; 14 puntos por debajo de la anterior medición. Finalmente, en la escala de *rol social*, la puntuación en esta medición fue de 7; 10 puntos menos que en la anterior. Estos resultados reflejan una notable y significativa disminución del malestar de María, sobre todo en el índice general de malestar psicológico y en la subescala de sintomatología ansiosa y depresiva. En esta medición post-tratamiento todos los resultados estuvieron por debajo del punto de corte, lo que demuestra que la sintomatología en todas las subescalas ha disminuido hasta el punto de considerarse normal comparado con la muestra utilizada por De la Parra y Von Bergen (2006).

Se realizó una tercera medición con el OQ-45.2, a manera de seguimiento, 6 meses después de la culminación del tratamiento. Esta vez, el puntaje en la *escala global* de malestar psicológico dio un resultado de 18 puntos. Es decir, el puntaje descendió 66 puntos comparado con la primera medición y 13 puntos desde la segunda. No se puede decir que desde la medición post-tratamiento a esta exista un índice de cambio confiable ya que no llegó a los 17 puntos que De la Parra y Von Bergen (2006) establecen como criterio comparativo. Sin embargo, comparado con la medición pre-tratamiento, la medición del seguimiento sí demuestra un índice de cambio confiable (66). En la escala de *Sintomatología*, la puntuación del seguimiento fue de 9; es decir, 37 puntos menor que en la medición pre-tratamiento y 8 puntos menor que en la medición post-tratamiento. Esto demuestra que a lo largo de 6 meses, los síntomas ansiosos y depresivos disminuyeron aun más. Por otro lado, en la escala de *relaciones interpersonales*, el puntaje en esta tercera medición fue de 4; 17 puntos por debajo del resultado de la medición pre-tratamiento y 3 puntos por debajo de la medición post-tratamiento. Esto demuestra una disminución sustancial de malestar en el ámbito de sus relaciones interpersonales, ya que el puntaje es muy cercano a 0. Finalmente, en la escala de *rol social*, la puntuación en la medición de seguimiento fue de 5; es decir, 12 puntos más baja que en la primera medición y 2 puntos menor a la segunda medición. En esta escala también se ve reflejada una disminución del malestar en el ámbito laboral y de rol social a lo largo de seis meses. Estos datos sugieren que los resultados del tratamiento se han sostenido en el tiempo y que el malestar general

de María ha disminuido. El cuadro expuesto a continuación resume de una forma visual los resultados obtenidos.

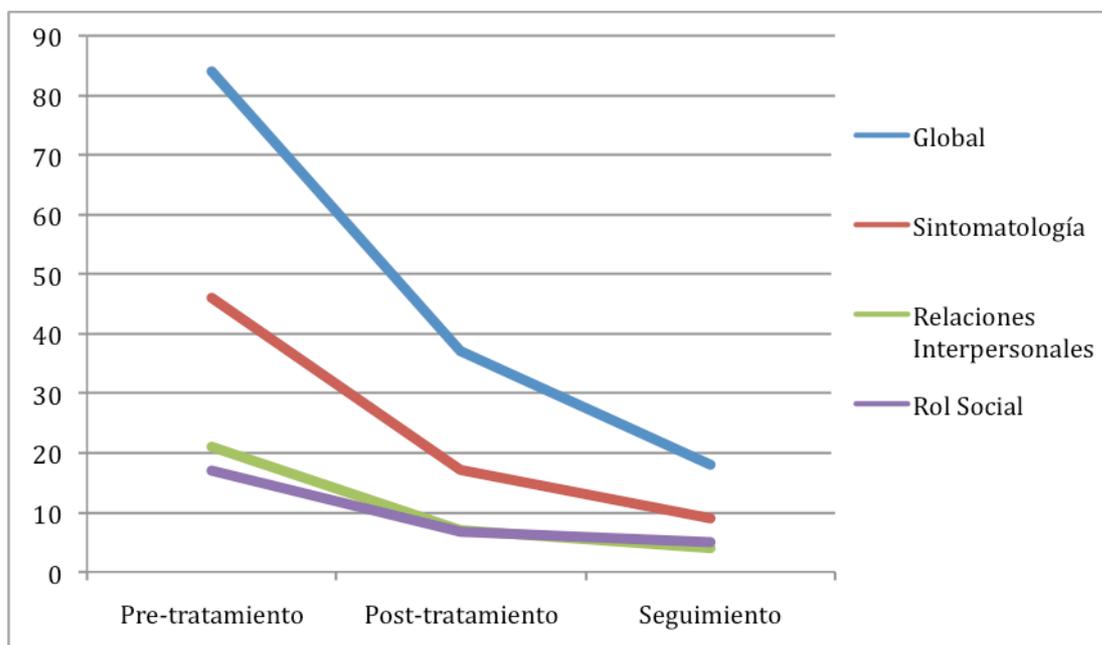


Gráfico 1. Resultados del test OQ-45.2, Tendencia

Implicaciones del tratamiento en el caso y recomendaciones

Análisis de resultados

Los resultados de las mediciones realizadas con el cuestionario OQ-45.2 en la etapa pre-tratamiento, post-tratamiento y en el seguimiento luego de 6 meses de haber concluido la terapia demuestran que el malestar general de María ha disminuido, probablemente gracias, en parte, a la aplicación de la terapia sistémica. Los cambios son más notables en la escala global de malestar psicológico y en la de sintomatología depresiva y ansiosa. A partir de la medición post-tratamiento, y durante el seguimiento, todos los resultados se ubicaron por debajo del punto de corte, lo que demuestra que la sintomatología en todas las subescalas disminuyó de un índice considerado patológico hasta un comportamiento normal, comparado con la muestra del estudio de validación en Chile (De la Parra y Von Bergen, 2006). Esto sugiere que probablemente la terapia sistémica aplicada fue efectiva

para reducir síntomas ansiosos y depresivos, dificultades en las relaciones interpersonales, y conflictos en el rol social y en el ámbito laboral de María.

Los resultados de la medición realizada a modo de seguimiento, 6 meses después de concluida la terapia tienen interesantes implicaciones. En este caso, no fue posible concluir de forma confiable que los cambios fueron significativos comparado con la medición post-tratamiento, porque el índice de malestar psicológico general fue de 13 puntos, lo cual no llegó a los 17 puntos que De la Parra y Von Bergen (2006) establecieron como valor mínimo referencial. Sin embargo, se considera que la disminución del malestar es importante a mediano plazo ya que en la medición post-tratamiento la sintomatología de María ya se consideraba normal, por lo que una disminución más pronunciada no es tan esperable. Además, el índice de cambio sí se considera confiable al comparar los resultados del seguimiento con los de la medición pre-tratamiento. De todas maneras, los resultados de la medición de seguimiento sugieren que el tratamiento puede considerarse efectivo a mediano plazo ya que los resultados se han sostenido con el tiempo y la sintomatología disminuyó, aunque en menor medida, después de la medición post-tratamiento. Es interesante observar que en los seis meses siguientes al tratamiento la sintomatología continuó disminuyendo a pesar de que el tratamiento ya no se estaba llevando a cabo. Las implicaciones de este hecho podrían ser que una vez que un cliente lleva a cabo un proceso terapéutico en el que desarrolla nuevas destrezas, nuevas formas de pensar, y cambia sus relaciones interpersonales, éste continúa realizando cambios en su contexto y mejorando, aun cuando ya no está asistiendo a terapia. A pesar de que esta hipótesis debe aun ser investigada, estos resultados concuerdan con estudios que sugieren que la mayor parte del cambio de las personas en los procesos terapéuticos no están ligados a los acontecimientos que se dan dentro de terapia, sino fuera de ella (Hubble, et al., 1999; En Flaska, 2010; Miller & Duncan, 2000; En Lerner, 2004), pero la terapia puede considerarse como un catalizador importante.

Además de los resultados cuantitativos medidos a través del OQ-45.2, se pudieron observar cambios cualitativos en la vida de María. Su mejoría se ve reflejada por varios indicadores conductuales. En primer lugar, María progresivamente fue dejando de hablar de aquellos temas que en un inicio le preocupaban, lo que sugiere que para ella éstos ya no representaban una preocupación inminente. Por otro lado, se puede concluir que la demanda inicial de María, referente al deseo de solucionar sus conflictos maritales y los problemas con sus hijos y entre sus hijos, se disolvió en gran medida durante el proceso

terapéutico. La evidencia de la disolución de los problemas y preocupaciones de la demanda de María son sus propias verbalizaciones, en las que expresó sentirse más contenta y relajada y describió cómo las situaciones conflictivas, que en un inicio le causaban mucho malestar habían disminuido.

La principal implicación de este estudio es el posible efecto terapéutico que la terapia sistémica puede tener sobre la sintomatología ansiosa y la depresiva. Varias investigaciones (Vaughn & Leff, 1976; Hooley *et al.*, 1986; & Okasha *et al.*, 1994; Todos en Leff *et al.*, 2000; & Whisman, 2001; En Denton & Burwell, 2006;) han planteado la relación que existe entre los conflictos relacionales, sobre todo de pareja, y los trastornos depresivos y de ansiedad. En este estudio de caso se pudo observar cómo los síntomas de depresión y ansiedad subclínica fueron disminuyendo a medida que se disolvían los círculos viciosos de interacción que en un inicio presentaba la familia; a medida que María exploraba nuevas formas de narrarse su historia y la de su familia; y cada vez que se daban nuevos cambios en la dinámica familiar y crecía la nutrición relacional. A pesar de que las intervenciones diseñadas y que la atención del terapeuta y la cliente jamás se centraron en el diagnóstico (que nunca fue develado a María), los síntomas disminuyeron de todas formas.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es que, al ser de caso único, los resultados no pueden ser generalizables a la población. Además, es importante tomar en cuenta que debido a la imposibilidad de controlar todas las variables que pueden añadir ruido a los resultados, no es posible concluir que la causa única de la mejora en María y las relaciones en su familia se deban a la intervención realizada. De todas maneras, desde una perspectiva sistémica, que se centra en la causalidad circular y no lineal, no es de gran relevancia el comprobar este aspecto, sino el comprender cómo las personas están conectadas en varias redes de relaciones que influyen sobre ellas y cómo éstas tienen un impacto en el resto de personas.

Como recomendaciones para futuras investigaciones, sería interesante aplicar el test OQ-45.2 después de cada sesión para observar de forma más continua los cambios en el proceso terapéutico y lograr reconocer en qué momentos de la terapia se dan los mayores cambios y variaciones en los pensamientos, acciones, sentimientos y relaciones de los clientes. Esto permitiría una mayor capacidad de análisis del terapeuta para comprender mejor las sesiones que han tenido un impacto más positivo en el proceso. Además, se

recomendaría utilizar, además del OQ-45.2, un test de satisfacción de las relaciones familiares, para comprender de forma más clara la relación que existe entre este factor y la disminución de la sintomatología. Finalmente, se recomendaría intentar incluir a la pareja dentro de la terapia, siempre y cuando el tipo de demanda lo permita y necesite, para lograr conocer mejor su perspectiva y reducir aun más la posibilidad de crear triangulaciones entre el terapeuta y la pareja.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4^a. ed. Texto Revisado). Washington, DC: Autor.
- Barlow, D., & Durand, V. (2007). *Psicopatología*. México: Thomson.
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2004). Historia de la Terapia Familiar. Barcelona; Paidós.
- Beyebach, M. (s.f.). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. En Navarro, G., Fuertes, A., & Ugidos, T, ed. (1999). *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems [Versión electrónica]. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Correa, J., del Río, V., Florenzano, R., Labra, Juan., Pastén, Juan., Rojas, P. (2006). El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 44, 258-262.
- De Shazer, S. (1989). Resistance revisited [Versión electrónica]. *Contemporary Family Therapy*, 11, 227-233.
- Denton, W., Buwell, S. (2006). Systemic couple intervention for depression in women [Versión electrónica]. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 43-57.
- De la Parra, G., Von Bergen, A. (2006). Medición de los resultados en psicoterapia: uso del OQ-45.2, un instrumento validado en Chile [Versión electrónica]. *Revista Gaceta Universitaria, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, 2, 208-222.
- Dowbiggin, I. (2009). High anxieties: The social construction of anxiety disorders [Versión electrónica]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 429-436.
- Du Rocher, T., & Cummings, M. (2007). Parental dysphoria and children's adjustment: marital conflict styles, children's emotional security, and parenting as mediators of risk [Versión electrónica]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 627-639.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual [Versión electrónica]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Estrada, B., Beyebach, M., Delgado, C., Freire, R. (2008). Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas [Versión electrónica]. *Psicología y Salud*, 18, 99-106.
- Fishbane, M. (2007). Wired to connect: Neuroscience, relationships and therapy. *Family Process*, 46, 395-412.
- Feixas, G., Muñoz, D., Dada, G., Compañ, V., Arroyo, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único [Versión electrónica]. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 27, 237-287.
- Flaskas, C. (2010). Frameworks for practice in the systemic field: part 1- continuities and transitions in family therapy knowledge [Versión electrónica]. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 232-247.
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence [Versión electrónica]. *Journal of Family Therapy*, 26, 17-39
- Laso, E. (2010). Fluir con el diálogo: la técnica de la terapia relacional y el arte marcial de la armonía [Versión electrónica]. *Conversaciones Sistémicas*.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D., & Everitt, B. (2000). The London depression intervention trial [Versión electrónica]. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

- Linares, J.L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Kielpekowski, M., & Pryor, J. (2008). Silent parental conflict: parents' perspective [Versión electrónica]. *Journal of Family Studies*, 14, 217-227.
- Muñiz, J.A. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve en el ámbito privado [Versión electrónica]. *Papeles del Psicólogo*, 25, 29-33.
- Nichols, M. (2007). *The Essentials of Family Therapy*. Boston: Pearson.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia Familiar Sistémica*. Quito: Ediciones Abya-Yala/ Universidad Politécnica Salesiana.
- Prest, L., Robinson, D. (2006). Systemic assessment and treatment of depression and anxiety in families: The BPSS model in practice [Versión electrónica]. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 4-24.
- Pote, H., Stratton, D., Cottrell, D., Shapiro, D., & Boston, P. (2003). Systemic family therapy can be manualized: research process and findings [Versión electrónica]. *Journal of Family Therapy*, 25, 236-262.
- Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials [Versión electrónica]. *Family Process*, 49, 457- 485.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder [Versión electrónica]. *The Lancet*, 368, 2156-2166.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton & Company.
- Zarrazin, J., & Cyr, F. (2007). Parental conflicts and their damaging effects on children [Versión electrónica]. *Journal of Divorce & Remarriage*, 47, 77-93.

ANEXO 1**INFORME DE CASO CLINICO****Sesión No. 1****Datos de los pacientes asistentes a la sesión:**

María (mamá)

Ana (hija)

Lucía (hija)

José (hijo)

Datos de la familia:

José(papá), 50 años, casado

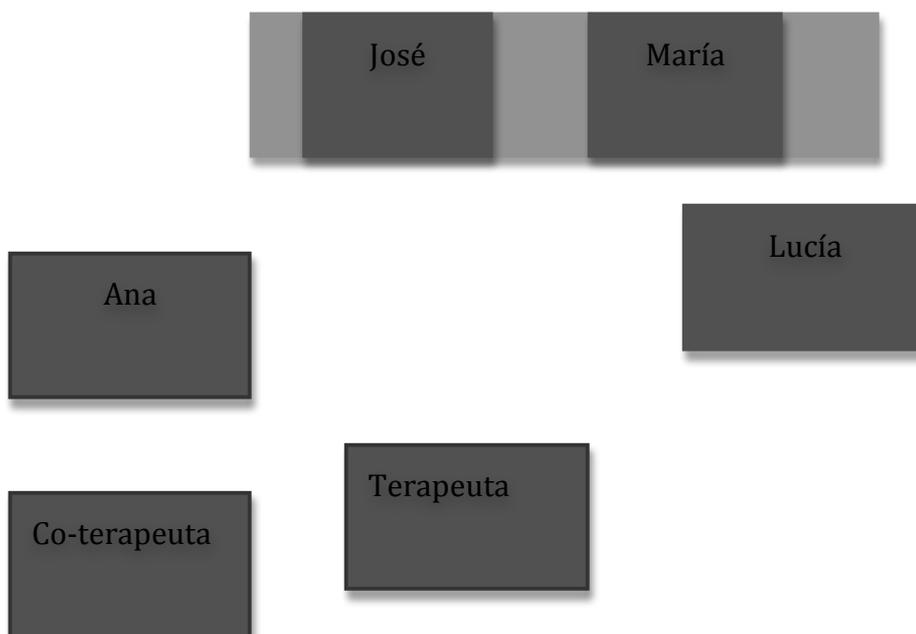
María (mamá), 41 años, casada.

Ana (hija), adolescente.

Lucía (hija), adolescente.

Carlos (hijo), adolescente.

José (hijo), niño.

Diagrama de la ubicación en la sala de sesión

Motivo de consulta:

La madre se entera del servicio de consultas psicológicas ofrecido por la Universidad a través de una estudiante de psicología. Ella llama a pedir una cita y se convoca a todos los miembros que estén interesados en asistir a la sesión, y que tengan disponibilidad de tiempo para hacerlo. Como antecedente a esta sesión, la terapeuta había atendido a Lucía (hija) para una evaluación diagnóstica acerca de una posible anorexia sospechada por los padres. Esta hipótesis fue descartada y se cerró este proceso antes de iniciar la terapia familiar. La familia había asistido a dos sesiones de terapia familiar en otro centro, en la cual les pidieron a sus miembros que creen un cuadro con tareas para cada uno y reglas, junto con posibles consecuencias en caso de no cumplirlas. La madre reporta que esto fue efectivo por aproximadamente dos semanas, hasta que su marido empezó a discutir e incumplir las reglas, se rompió el cuadro que habían creado, y los hijos dejaron de cumplir con las tareas y reglas porque “el cuadro ya no estaba colgado en la refrigeradora”.

Durante la sesión de hoy, la madre explicó su preocupación acerca de los constantes conflictos familiares, especialmente con su esposo, y los problemas de los hijos en la escuela. Además, María se quejó de la ausencia de su marido en casa y de la desobediencia de sus hijos. La demanda manifiesta expresada por María fue: “lo que quiero es tener una mejor relación entre nosotros. Sé que algo está marchando mal y no quiero que esta familia se dañe”.

Resumen de la conversación:

Durante la conversación, la madre fue quien contó acerca de la situación familiar mientras los hijos actuaban como espectadores. Por lo tanto, no se llegó a conocer verbalmente la postura de los tres hijos frente al motivo de consulta. Sin embargo, se pudo percibir en el transcurso de la sesión que Ana había escuchado esta historia varias veces y ya estaba cansada de la misma. Por otro lado, Lucía comunicaba que no estaba poniendo demasiada atención a la madre. Finalmente, José escuchaba atentamente a su madre, y se alejaba físicamente de ella cuando ella criticaba a su padre.

María dijo sentirse desesperada por la situación existente en casa. Presentó quejas de la mala relación entre los miembros de la familia y el alejamiento que existe

dentro de la casa entre ellos. Además, habló del malestar que le causa la desobediencia de sus hijos. Asimismo, la madre criticó fuertemente al padre y expresó que el haberse casado con él fue un error grave causado por su falta de seguridad. Finalmente, la madre reportó la preocupación que siente al ver que sus hijos presencian las peleas con Luis. No se conoce la disposición de los hijos a colaborar para que la situación mejore. Sin embargo, María parecía muy dispuesta a hacerlo.

Reformulación de la demanda:

La queja presentada por María se reformuló en términos de una demanda operable al definir que su interpretación de la dinámica del hogar y de sí misma, y la forma en que ella se comporta con otros miembros de la familia, influye sobre los problemas que ella percibe. En este caso, el comportamiento de los hijos dejó de ser el centro de atención y se dirigió el enfoque hacia su propio bienestar y su habilidad de tomar acciones eficaces al gestionar las relaciones con sus familiares.

Tareas o sugerencias que se propusieron en la 1ra sesión:

Lo primero que se hizo fue reconocer y resaltar el sacrificio que ha hecho María por sus hijos y su familia al estar siempre pendiente de todos y dejar de lado su vida y sus propias necesidades para que su familia esté lo mejor posible. Se le comunicó indirectamente a la madre, a través de una intervención dirigida hacia los hijos que este sacrificio es apreciado por cada uno de ellos de manera distinta, que tal vez no es la esperada por la madre. Además se les pidió a los hijos que no hagan nada de momento por solucionar esta situación. Esto permitió reformular la demanda y sugerir que la siguiente sesión se lleve a cabo solamente con la madre. A María se le pidió que se comprometiera a poner atención a lo que ocurre antes, durante y después de que sus hijos la desobedecen o la obedecen. Este pedido se hizo con el objetivo de que María empiece a fijarse de forma atenta en las dinámicas del hogar y cómo las conductas cada miembro de la familia tiene una influencia sobre el comportamiento y la forma de pensar del resto de personas en el sistema. Finalmente, se le sugirió que haga un poco menos de las tareas que quisiera que su marido realice, ya que si ella no deja de hacerlas su marido no estará en necesidad de hacerlas tampoco. Se programó la siguiente sesión, únicamente con María, para dentro de dos semanas.

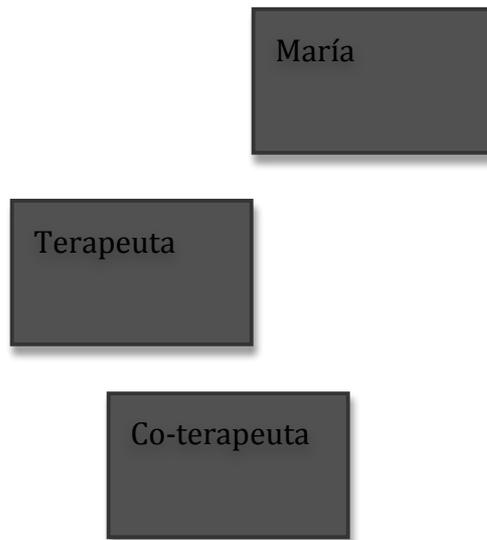
INFORME DE CASO CLINICO

Sesión No. 2

Datos de los pacientes asistentes a la sesión:

María (mamá), 41 años, casada.

Diagrama de la ubicación en la sala de sesión:



Resumen de la conversación:

Al inicio de la sesión se le preguntó a María cómo le había ido con las sugerencias propuestas: poner mucha atención a la interacción cuando sus hijos la desobedecen y dejar de hacer ciertas tareas que otros, especialmente su marido, pueden realizar por sí mismos. María comentó que no identificó un antes y después del por qué desobedecen. Dijo que sus 3 hijos mayores desobedecen por pereza y por su comportamiento rebelde, que ella le atribuye al período de adolescencia por el que están atravesando. Comenta que después de que ella los reprime hacen las tareas. Dice, por ejemplo, que lavan los platos cuando no está Luis, su padre. Sin embargo, cuando él está presente no lava los platos y, entonces, sus hijos tampoco lo hacen. María dice que sus hijos ven las actitudes de su padre y lo censuran, pero luego hacen lo mismo que él. María cree que Luis es responsable de muchas situaciones que suceden en casa debido a su falta de consideración hacia ella. Ella también ha notado que es muy blanda en la forma de disciplinar a sus hijos. Dice que “no les da la misma señal”, por ejemplo, les prohíbe ir a una fiesta pero luego ella misma los lleva.

Más tarde, comentó que pensaba haber superado su etapa de inseguridad, pero considera que no es así. Dice con frustración, a punto de llorar, que quisiera encontrar un trabajo pero no desea dejar solos a sus hijos. También cuenta que se ha planteado divorciarse de Luis pero, por la inseguridad que percibe en sí misma, no ha llevado a cabo esta idea. Al preguntarle qué es lo que le detiene, comenta que es el miedo a equivocarse, Luis la ha amenazado con no dar dinero para mantener a sus hijos y ella teme no poder mantenerlos.

María ha notado que sobreprotege a sus hijos. Al preguntarle cómo incide esto sobre la familia dice que ella y Luis son de dos maneras o puestas, y envían dos mensajes opuestos a sus hijos. Al contar esto se pone nerviosa y empieza a jugar con sus manos. Comenta que reconoce que en esos casos sus hijos se preguntan “¿Qué hago?” al sentirse confundidos por estos mensajes opuestos, y en respuesta “hacen lo que les da la gana”. Ella atribuye la agresividad de sus hijos al observar los gritos entre ella y su marido. Dice que cuando los padres tienen problemas, los hijos tienen problemas también.

Otra situación que María ha identificado es que resuelve los conflictos de sus hijos muy seguido. Dice que, a veces, cuando les deja, resuelven más rápido sus problemas. También comentó que hace muchos años tenía una gran relación con Luis, pero todo cambió cuando se presentó una crisis económica y la relación se deterioró mucho. Dice que “Luis empezó a cambiar cuando se vio sin dinero” y que ella se fue alejando mucho de él. Dice que ahora no lo quiere, le estorba, no le gusta cuando llega a casa. María comenta que los cambios económicos, familiares y de pareja se dieron más o menos al mismo tiempo. Ahora ella dice sentirse ignorada y resentida porque ella considera que siempre le ha solucionado la vida a Luis y él no se porta bien con ella.

Seguimiento de la demanda reformulada:

Durante esta sesión fue posible observar algunos cambios en la actitud, el discurso y el comportamiento de María, que reflejan una adhesión a la demanda reformulada en la anterior sesión. Aun persiste, como es natural, una visión lineal al explicarse ciertos aspectos de la situación familiar. Por ejemplo, al plantear que no existe un antes y un después en los momentos en que los hijos desobedecen y atribuir

este comportamiento a posibles características intrínsecas y de la etapa del ciclo vital en que se encuentran sus hijos.

Sin embargo, a pesar de que comenta que no ha logrado centrar su atención en el contexto y la interacción que generan ciertos eventos, su forma de relatar las situaciones que le preocupan del hogar (como la desobediencia de sus hijos) es más detallada que en la anterior sesión y demuestra una mayor conciencia de cómo las acciones y actitudes de cada miembro de la familia pueden incidir sobre las del resto. Esto lo demuestra al comentar que los hijos la ayudan con las tareas domésticas cuando su padre no está en casa y dejan de hacerlo en el contexto específico en que su padre llega a la casa.

En esta sesión se pudo notar también que María ha incorporado en su relato situaciones en las que ella nota que su comportamiento frente a otros miembros de la familia influye sobre los problemas percibidos. Esto se evidenció, por ejemplo, cuando contaba que ella es muy blanda al disciplinar a sus hijos y que tiende a sobreproteger a sus hijos y meterse a solucionar las discrepancias entre ellos de manera inmediata y persistente.

Además, María ha demostrado en esta sesión una visión más relacional de los problemas, por ejemplo, al comentar que comprende que las actitudes de sus hijos son generadas, en muchas ocasiones, como respuesta a mensajes opuestos que perciben de cada uno de sus padres.

Finalmente, se evidenció que el foco de atención de María, se ha movido parcialmente de su preocupación acerca de sus hijos hacia el discernimiento de la situación global. Ahora, se pudo percibir en menor medida el sentido de queja y culpabilización de la situación hacia Luis y una mayor comprensión de la forma en que se han construido los problemas a través de la interacción. Bajo esta nueva visión de la situación, que es operable, es posible que María y su familia encuentren con mayor claridad vías para cambiar los aspectos de su dinámica que actualmente perciben que no están siendo constructivos.

Cambios en el patrón de circularidad:

El principal cambio que se ha podido notar hasta el momento es la actitud de María. Ahora ella demuestra una mayor comprensión de la forma en que su comportamiento incide sobre el de el resto de miembros de la familia y viceversa. Aun no se han podido evidenciar cambios comportamentales, excepto que María demuestra mayor tranquilidad y capacidad de poner atención a su contexto.

Cambios en la relación terapeuta-paciente:

En esta sesión María se ha mostrado más tranquila y presenta menos comportamientos ansiosos que en la sesión anterior. Habla de forma más pausada y permite una mayor interacción con el terapeuta, dejándole hablar en mayor proporción.

Tareas o sugerencias propuestas:

Para reforzar los cambios observados en la presente sesión, se le sugirió a María que durante la semana, observe los acontecimientos, especialmente las peleas entre sus hijos, como una espectadora externa. Es decir, que “se pare a ver desde afuera” la situación sin intervenir, para que pueda ganar una perspectiva más amplia y detallada de la interacción.

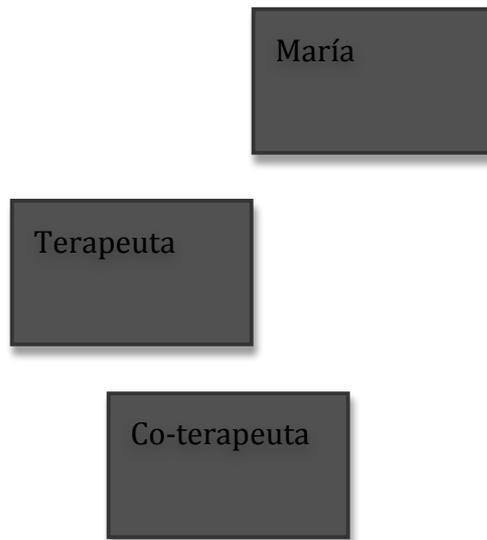
INFORME DE CASO CLINICO

Sesión No. 3

Datos de los pacientes asistentes a la sesión:

María (mamá), 41 años, casada.

Diagrama de la ubicación en la sala de sesión:



Resumen de la conversación:

Al inicio María contó que ha notado que si hace un poco menos de las tareas de la casa, nadie hace nada. Dice que hasta no terminar las tareas no se queda en paz. Se cambió de casa y comenta que no desempacó los libros de Luis para ver qué pasaba, pero que él no lo ha hecho tampoco hasta el momento. Con respecto a las peleas de sus hijos dice que se pelean cuando ella “no está atrás de ellos”, pero si no se mete en la discusión ellos lo resuelven.

Posteriormente, María quiso aclarar un punto con respecto a la terapia. En la sesión anterior comentó que se sentía bien después de la terapia, pero hoy dijo que esto no es del todo cierto, ya que al salir de las sesiones se siente triste y desgastada. Dice que cuando se siente triste suele utilizar varios recursos, como distraerse, para dejar de sentirse así, pero con la terapia no logra dejar de sentirse triste. La terapeuta, a forma de hipótesis, le comentó su impresión en cuanto a que María recurrentemente intenta hacer algo para no estar triste, mientras que en la terapia está experimentando desde fuera los acontecimientos sin intervenir, lo cual puede ser

una probable fuente de esta experiencia. María dice que, por su esencia, no le gustan las discusiones, que es una persona que intenta siempre cambiar estas situaciones y dar alegría al resto de personas. La terapeuta intervino con una nueva observación hipotética, comentándole que da la impresión de que en las discusiones ella se molesta más que los mismos involucrados. María se sorprendió y comentó que esto es cierto.

Más tarde, mientras jugaba con una botella, demostrando cierto nerviosismo, comentó que se siente frustrada porque ya pasó el tiempo y no estudió. Ahora, dice, es mantenida por su esposo y se siente inmovilizada. Siente melancolía de lo que pudo hacer pero no hizo, y piensa que lo que le detuvo fueron sus miedos. Dice que después de las sesiones pasadas ha sentido tristeza “de las cosas que uno no quiere reconocer”. También dice sentir tristeza de lo que no está haciendo ahora. Comenta que ha seguido el ritmo que Luis ha marcado en su vida y esto le produce ira.

Al preguntarle si tiene en su vida otras personas con quienes conversar comenta que es muy cercana a sus amigas y hermanas. Dice ir con mucho gusto a las reuniones con sus amigas y familiares. Sin embargo, comenta que cuando Luis asiste a las reuniones se muestra aburrido e indiferente frente al resto de personas. Comenta que la actitud de Luis le pone nerviosa, que le da como vergüenza ajena porque le parece que es una grosería, esto no le permite sentirse tranquila y sale de las reuniones con rapidez.

Al final de la sesión, antes de la devolución, la terapeuta le preguntó cómo se ve a sí misma dentro de 10 años, cuando tenga 51 años. María expresó que se ve más independiente en cuanto a su trabajo y más tranquila, contenta y relajada. Además comentó que ve ya a sus hijos graduados de la universidad y con su hijo pequeño adolescente, de modo que piensa que tendrá más tiempo consigo misma. En cuanto a Luis, dice que, aunque no le interesa estar con él sí se ve casada con él a largo plazo. Dice sentir miedo de pensar en una vida sin él. Entonces, se le sugirió que se ponga en el papel de “María de 51 años” y explore qué le diría a “María de 41 años”. Los consejos que se dio a sí misma, fueron que no pierda más el tiempo y se ponga a buscar trabajo, que no va a ser tan fácil pero que lo puede lograr, ya que en el pasado se las ha arreglado para conseguir trabajos que el han gustado.

Seguimiento de la demanda reformulada:

María ha demostrado una redefinición de sus objetivos terapéuticos, acorde con la demanda reformulada. La queja en cuanto a Luis cada vez ocupa una menor dimensión de su diálogo y se ha reemplazado por observaciones acerca de cómo incide sobre la situación su interpretación de la dinámica del hogar y de sí misma. Cada vez va dejando más de lado el comportamiento aislado de los hijos y de Luis, y va tomando más en cuenta su propio bienestar y sus necesidades, junto con una mayor percepción de la posibilidad de gestionar la situación al realizar cambios efectivos en su relación con otros miembros de su familia.

Cambios en el patrón de circularidad:

Durante la devolución de hoy, se le comunicó a María los cambios que la terapeuta percibe en su comportamiento y en el patrón de circularidad en su familia. María ha dejado de ser excesivamente complaciente con sus familiares. También, ha disminuido su comportamiento de intervenir en los conflictos de sus hijos. Además, ha empezado a expresar en mayor medida su atención y reconocimiento circular de su experiencia y ha reducido notablemente la queja en contra de otras personas.

Cambios en la relación terapeuta-paciente:

Es posible intuir que la relación terapéutica es fuerte y estable, ya que María ha podido comentar con confianza y sinceridad la tristeza que siente después de salir de cada sesión. El hecho de poder discutir esta preocupación abiertamente, confirma la percepción de la terapeuta en cuanto a que María ha disminuido su conducta complaciente frente a otras personas.

Tareas o sugerencias propuestas:

Al terminar la devolución se le sugirió a María permitirse sentir la tristeza, al ser parte natural del repertorio de emociones de los seres humanos. Se le recomendó conectarse con esta tristeza, observar qué sucede en su experiencia en esos momentos y, si desea, escribir al respecto. Se le sugirió, además, ponerse triste a propósito durante 15 minutos aproximadamente en aquellos días en que no se sienta triste naturalmente, y registrar por escrito su experiencia. A María le agradó esta

tarea ya que le gusta mucho escribir y lo ha dejado de hacer durante muchos años. Esta sugerencia se hizo con dos objetivos principales: el primero es que María se permita experimentar y familiarizarse con el sentimiento de tristeza, para cambiar la conducta evitativa que ha utilizado durante toda su vida como estrategia para reducir su malestar. De esta forma, se procura permitir que, al no utilizar esta estrategia, puedan surgir otras formas de gestionar su malestar. Por otro lado, se pretende aumentar su exposición a estos sentimientos evitados, para que María tenga la oportunidad de descifrar y desglosar los componentes de esta “tristeza” que puede parecer un bloque, un sentimiento al que parece que aun no le ha adjudicado matices. Finalmente, al sugerirle de forma estratégica que se obligue a sí misma a sentir tristeza de forma rutinaria, es probable que a la larga la tristeza disminuya, ya que naturalmente es un sentimiento espontáneo que no puede ser impuesto de forma mecánica.

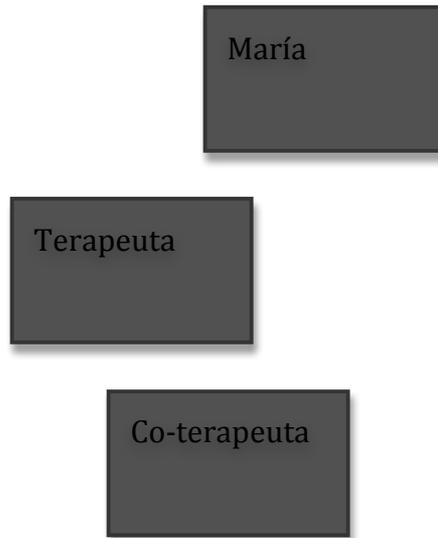
INFORME DE CASO CLINICO

Sesión No. 4

Datos de los pacientes asistentes a la sesión:

María (mamá), 41 años, casada.

Diagrama de la ubicación en la sala de sesión:



Resumen de la conversación:

Al inicio de la sesión, María comentó que no logró ponerse triste, que no tenía tiempo para hacerlo. Dice que siempre ha estado acostumbrada a estar con gente, que no le gusta la soledad y no quiere estar sola. Además, María reconoce que la soledad es su principal miedo y que pensar en esta posibilidad es lo que le está causando la tristeza. Dice que lo contrario a la soledad para ella es estar acompañada, sentir que alguien está con ella y le apoya. María dice que cree nunca haber estado sola. También dice que sí le gusta estar sola cuando hace sus cosas, por ejemplo, durante la mañana cuando realiza las tareas domésticas y cuando sale a hacer ciertas actividades. Dice: “son MIS mañanas”. Comenta que el ejercicio de la anterior semana, en la que se vislumbró a sí misma dentro de diez años, le ayudó a notar que, pese a cualquier conflicto, sí se ve con Luis por el resto de su vida. Dice que hace falta Luis para que no se abra la puerta a la soledad.

María comenta que ahora que asiste a terapia Lucía ha mejorado mucho, porque le está teniendo más confianza a su mamá y le cuenta sus cosas. Dice que

cuando Luis se va de la casa al trabajo o a un viaje de negocios ella siente vacío. También comenta que se siente más relajada y que siente un cambio con Luis. El le ha comentado que la extraña también. María dice que percibe que existen menos discusiones con su marido y que están procurando hacer más actividades solos, no siempre con los niños. María comentó: “A los años que no hablábamos”. En esta semana le comentó a Luis que está yendo a terapia y que reaccionó de forma positiva, que es una reacción distinta a la que ella esperaba.

Seguimiento de la demanda reformulada:

En esta sesión ya no se presentó en el diálogo de María ningún componente de queja acerca de los defectos o “culpa” de otros miembros de su familia. En esta sesión se han revelado varios logros terapéuticos que se adhieren a la demanda. María ha logrado reconocer con mayor amplitud la situación de su hogar y su experiencia frente a distintas situaciones y emociones. María refleja una comprensión de la dinámica global del hogar y la forma en que las situaciones se construyen en la interacción entre los distintos miembros de la familia. El comportamiento de los hijos ha dejado de ser totalmente el centro de atención de María y se ha reemplazado por las acciones que desea tomar para sentirse más cómoda consigo mismo y más completa como mujer. María refleja un gran reconocimiento de cómo sus acciones influyen sobre las diversas situaciones familiares y cómo puede modificarlas para realizar cambios en el resto de personas y en su contexto.

Cambios en el patrón de circularidad:

Debido a que las sugerencias dadas en la devolución de cada terapia no son tareas con un único desenlace esperado, se tomó como un logro terapéutico el hecho de que María no se haya podido poner triste, como se le sugirió. Sin embargo, ella demuestra una reflexión acerca de este sentimiento al verbalizar su comprensión de la relación que tiene la tristeza con la soledad y el miedo a experimentarla. María ha demostrado comprender la relación que existe entre su evolución en terapia y el cambio en la interacción con otros miembros de su familia, especialmente de Lucía y Luis, que eran quienes más le preocupaban al inicio de la terapia. Ahora que María no está siempre “encima” de Lucía y sus otros hijos, y que permite con calma y confianza

que resuelvan sus conflictos y dificultades, Lucía ha reaccionado favorablemente hacia ella, aumentando su confianza hacia su madre también.

Al reconocer su responsabilidad dentro de los problemas que tiene con Luis, también ha realizado cambios en su actitud e interacción con él. Esto ha causado una respuesta positiva por parte de Luis y las discusiones han disminuido. También, ha mejorado la comunicación entre ellos y han empezado a realizar más actividades entre los dos, lo cual reduce significativamente la posibilidad de enviar mensajes opuestos a sus hijos. El interés que María ha demostrado a Luis y la disminución de las acusaciones hacia él han logrado que él se sienta más a gusto con ella y se acerque más, rompiendo el ciclo de hostilidad que existía anteriormente.

Cambios en la relación terapeuta-paciente:

A María se la puede ver menos ansiosa y más tranquila. Esto se refleja en el ritmo y la cadencia de su habla. Los silencios ya no parecen ser tan ansiosos como solían ser al inicio de la terapia y María expresa una mayor calma al escuchar las intervenciones de la terapeuta. Además, la relación terapéutica parece ser más sólida ya que María expresa con mayor confianza sus temores e ideas y no brinda explicaciones largas y complejas para justificar sus debilidades o errores. La terapeuta, a su vez, ha reducido su ansiedad en observar cambios en María y ha aumentado más aún su confianza en el potencial de María para realizar cambios positivos en sí misma y su contexto.

Tareas o sugerencias propuestas:

En la devolución se recalcaron los cambios observados en María a lo largo del proceso terapéutico y se comunicó la admiración que la terapeuta siente hacia María por su valentía, su fuerza y su disposición a realizar cambios a pesar de las complejidades que suelen presentar las situaciones de cambio. Además, se le advirtió que los cambios son muy positivos, pero puede ser peligroso realizar demasiados cambios de forma súbita. Para este propósito, se utilizó la metáfora de un niño cuando está aprendiendo a caminar, que da sus primeros pasos de una forma un poco torpe y con poco equilibrio, y si empieza a correr muy temprano tiene altas probabilidades de caerse. Además, los bebés empiezan gateando, para lograr una

mayor comprensión de su entorno, las distancias y las dimensiones del mismo. Cuando los bebés no gatean y se lanzan a caminar, pierden la oportunidad de aprender ciertas destrezas que se aprenden durante el período de gateo. Se le sugirió que en esta semana explore su ambiente, los cambios que ha realizado hasta el momento y siga observando, pero que intente no hacer más cambios por el momento. Finalmente, tras haber revisado la disolución total de la demanda formulada en la primera sesión, se pidió que para la próxima sesión piense si quisiera trabajar en algún otro aspecto de su vida que perciba como un problema actualmente y, de ser así, qué aspecto particular sería.

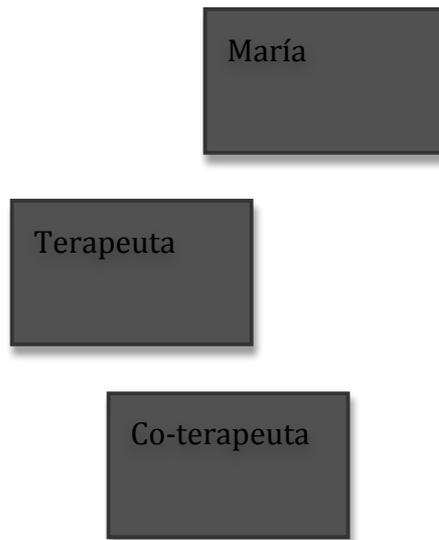
INFORME DE CASO CLINICO

Sesión No. 5

Datos de los pacientes asistentes a la sesión:

María (mamá), 41 años, casada.

Diagrama de la ubicación en la sala de sesión:



Resumen de la conversación:

María comenta que sus hijas cumplieron años y siente nostalgia al ver que han crecido tanto. Además, ha recordado a su padre que murió hace ocho años, con quien no le faltó nada y siempre le piensa, le extraña mucho. Dice que ahora que su papá no está le ha tocado encargarse de ella misma. “Me tocó aprender a hacerme cargo de todo”. María considera que, a pesar de la tristeza, puede reconocer el aspecto positivo de esta situación. Dice que ahora se siente acompañada y apoyada por su mamá y su hermana mayor, a pesar de que no le solucionan todos sus problemas. Comenta que en este proceso terapéutico ha logrado hacerse más independiente, sin sentirse sola. Además, comenta que ha estado negociando acuerdos con Luis con respecto a la disciplina de sus hijos. María reconoce que se anticipa mucho a las reacciones de Luis y que a la final él reacciona tranquilo frente a las situaciones.

Lo que le preocupa actualmente es su situación laboral. Ha expresado en varios momentos de la terapia su frustración al sentirse desocupada y mantenida, a pesar de que las tareas del hogar la llenan mucho. Luis le ha propuesto que trabajen

juntos, pero a ella no le interesa este trabajo porque no le gusta trabajar para él. Su búsqueda de trabajo se ve detenida por sus hijos adolescentes, a quienes no quiere desatender por su trabajo. Dice que ha dejado su currículum en algunos colegios para poder tener un horario que no interrumpa el tiempo que puede dedicar a sus hijos. Sin embargo, reconoce que “no está mal tener un poquito menos de mamá presente”, ya que ahora nota que al intervenir menos en sus asuntos y estar menos “encima” de ellos, las cosas han mejorado.

Seguimiento de la demanda reformulada:

Los problemas presentados en la demanda formulada en la primera sesión se ha diluido durante el proceso terapéutico. El malestar que presentaba María con respecto a sus hijos y su relación con Luis se ha reducido notablemente. María ahora está enfocada en su crecimiento profesional y la atención se ha desviado del comportamiento de sus hijos y las críticas hacia Luis.

Cambios en el patrón de circularidad:

María reconoce la importancia de hacerse cargo de sí misma y de interferir en menor proporción en los problemas y decisiones de sus hijos. Esto ha producido un cambio en la interacción con ellos, quienes ya no reaccionan de forma defensiva y “territorial” frente a su madre, y han aprendido a resolver sus conflictos por su cuenta. Además, María ha reducido su actitud crítica y hostil frente a Luis, quien ahora se muestra más cercano y afectivo con ella. Asimismo, María dice reconoce el hecho de que adelantarse a su idea de que Luis va a reaccionar de forma negativa frente a diversas situaciones no es útil, ya que al observar con calma reconoce que sus reacciones finalmente resultan ser tranquilas. Al no actuar de forma reactiva sobre la base de estas suposiciones adelantadas, María y Luis no se envuelven en este conflicto. Finalmente, María ha empezado a ver la forma de disciplinar a sus hijos como una negociación con Luis y están empezando a formar un “frente común”, lo cual ha reducido el comportamiento agresivo y rebelde de sus hijos.

Tareas o sugerencias propuestas:

Debido a que la demanda ha sido atendida y que la mayor preocupación de María en estos momentos, su necesidad de conseguir trabajo, ya está siendo gestionada de forma eficaz, se ha sugerido finalizar la terapia. Se le comunicó a María la metáfora de que la terapia es un empujón para iniciar procesos de cambio en las distintas áreas de preocupación, pero que el trabajo lo ha hecho y lo seguirá haciendo ella. Además, se le comunicó a María la genuina admiración por su entrega y tenacidad, y la confianza que siente la terapeuta en que va a continuar este proceso de forma favorable. Se reconoció también que ahora María ha aumentado su capacidad de proyectarse, de estar conciente de sus fortalezas y de su contexto, y de encontrar distintas alternativas para sus problemas. María expresó que se siente muy contenta y satisfecha con este proceso. Se pactó un próximo acercamiento por parte de María hacia la terapeuta en caso de enfrentar alguna situación que la rebase y que sienta que no puede gestionar por sí misma.