

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Intervención Terapéutica desde el Modelo de Milán en un Caso Clínico Único

Autora
Golda Elisa Barrientos Bellone

Profesor Guía
Elizabeth Mylitta León Mayer

“Tesis presentada a la Escuela de Psicología De la Universidad de Valparaíso, Como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Constructivista y Construccionalista”.

Mayo 2017
Valparaíso – Chile

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Intervención Terapéutica desde el Modelo de Milán en un Caso Clínico Único

Autora
Golda Elisa Barrientos Bellone

Profesor Guía
Elizabeth Mylitta León Mayer

“Tesis presentada a la Escuela de Psicología De la Universidad de Valparaíso, Como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Constructivista y Construccionalista”.

Mayo 2017
Valparaíso – Chile

DEDICATORIA

Una dedicatoria especial a todos aquellos adolescentes que han ingresado a los diversos programas dependientes del SENAME por una sanción bajo la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil.

Adolescentes que han logrado creer en sí mismos y que el cambio es posible brindándose a estos y sus familias una nueva oportunidad de crecimiento personal;

Promoviendo esperanza a aquellos adolescentes que están en una transición de sus vidas diferente pero que también anhelan una vida y un futuro mejor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco encarecidamente la colaboración del adolescente y su familia, que participaron en el presente estudio; a mi Profesora guía Elizabeth León Mayer, que brindó con mucha paciencia y dedicación la entrega de valiosos conocimientos, sólidos principios y valores éticos por el respeto por un otro; lo cual me ha ayudado a fortalecer no solo mis conocimientos en lo profesional sino también en lo humano. A mi esposo agradezco profundamente su apoyo incondicional en todos aquellos difíciles momentos que me ayudó a ver algunos obstáculos como grandes desafíos y oportunidades de cambio. A todos quienes con gran entrega, apoyo, cariño y amor hicieron posible el logro de este desafío.

ÍNDICE

1.	RESUMEN	8
2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
4.	OBJETIVOS	10
5.	MARCO TEÓRICO.....	11
5.1	Intervención Terapia Coactiva en violencia intrafamiliar filio-parental	11
5.2	Terapia Sistémica: Evolución Histórica.....	13
5.3	Evolución de conceptos: Terapia Sistémica.....	15
5.4	Modelos Sstémicos	16
5.4.1	Terapia Breve de Palo Alto o Escuela Interaccional.....	16
5.4.2	Modelo Estructural.....	17
5.4.3	Escuela de Roma.....	18
5.4.4	Modelo Estratégico	19
5.4.5	Modelo de Terapia Narrativa	19
5.4.6	Modelo Constructivista	20
5.5	Modelo de Terapia de la Escuela de Milán: sus orígenes	21
5.6	Modelo de Intervención de La Escuela de Milán.....	23
5.7	La Convocatoria a Sesión	24
5.8	La Entrevista	26
5.9	Elaboración de hipótesis	27
5.9.1	Circularidad.....	30
5.9.2	Neutralidad.....	32
5.10	Técnicas de Intervención del Modelo de Milán	33
5.11	Estudio de Caso Único.....	36
6.	JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA	38
7.	METODOLOGÍA	40
8.	RESULTADOS.....	57
9.	ANÁLISIS	68

10.	CONCLUSIONES	70
11.	BIBLIOGRAFÍA	73

1. RESUMEN

El presente estudio de carácter cualitativo tiene como objetivo conocer los cambios en un proceso de intervención terapéutico desde el marco teórico del Modelo Sistémico de Milán. La intervención se basó en un caso clínico único de un adolescente de 17 años de edad, atendido en un programa de Salidas Alternativas dependiente del SENAME por un periodo de un año, derivado en un contexto obligado por el Juzgado de Garantía de Antofagasta por un delito de lesiones leves en contexto de VIF (Violencia Intrafamiliar).

Además, se abordó el proceso de cambio terapéutico desde la propia vivencia y epistemología de vida del consultante y su familia de origen; brindando relevancia a la significación que la propia familia ha construido en el transcurso de su historia, mediante sus creencias y formas de ejercer la influencia entre los miembros del sistema. Así, el estudio se focaliza en conocer cuál es el juego familiar, desde el cual se establece una hipótesis inicial de trabajo, para dar paso a la intervención y alterar de esta forma el juego, reemplazando las reglas rígidas por otras más flexibles; permitiéndoles explorar nuevas soluciones a sus dificultades y sufrimiento. La exploración se lleva a cabo en conjunto con el sistema familiar y los objetivos iniciales se van modificando conforme a la evolución de la terapia.

Asimismo, y desde los lineamientos de Selvini Palazzoli, se trabajó a partir del supuesto que la familia como todo sistema tiene su propia dinámica y, por ende, no se puede presumir que las interacciones instructivas a nivel terapéutico conduzcan al sistema familiar a un objetivo predeterminado; sino más bien, lo que se puede promover son interacciones que inciten o provoquen una perturbación al sistema que consecutivamente reaccionará conforme a su propia estructura (Selvini Palazzoli, 1990).

Los resultados alcanzados en el presente estudio ofrecen una confirmación referente de la ocurrencia cambios terapéuticos en base a los postulados del modelo teórico-clínico de Milán. Logrando el consultante la resolución de problemas de forma no violenta, y con ello amplitud y flexibilidad en los canales de comunicación, haciendo estos más permeables entre sus integrantes y por tanto, alcanzándose las metas terapéuticas que apuntaron a alterar el mapa de relaciones del sistema, como de cambiar la secuencia familiar de conductas y lograr una meta regla de cambio, esta última permite cambiar la forma en que la familia percibe e interpreta la realidad. Por consiguiente, las intervenciones efectuadas en el presente estudio no pretenden buscar un resultado previsible sino más bien dar cuenta de un espacio terapéutico de co-construcción donde

el sistema pueda encontrar sus propias soluciones (Selvini Palazzoli, 1990; Bateson, 1986).

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio pretende dar a conocer los cambios en un proceso terapéutico de intervención familiar coactiva desde el Modelo de Milán, en un caso clínico único de un adolescente de 17 años de edad, derivado del juzgado de Garantía a un programa del SENAME, para someterse a terapia en un contexto obligado por el delito de Violencia Intrafamiliar por agredir a sus padres.

Así, el modelo de Milán se convierte una herramienta terapéutica que logra no solo tener una aproximación al problema, sino de favorecer los cambios tanto a nivel individual como de orden sistémico; al ser un modelo más flexible, que brinda apertura y variadas alternativas, para que sus integrantes puedan co-construir las estrategias de cambio, sintiéndose estos parte del proceso. Lo anterior favoreció la adherencia a la terapia y el compromiso activo con el cambio en el consultante, al no ser un modelo directivo e inflexible, que genere más resistencias, particularmente en casos de adolescentes derivados de forma obligada para someterse a terapia.

Adquiere relevancia la presente investigación, por cuanto mediante las estrategias de intervención del modelo sistémico de Milán, se logran obtener cambios en la dinámica familiar del presente caso, que mantenían una problemática de violencia intrafamiliar de larga data, pasando a un sistema familiar más funcional, sin presencia de nuevos episodios de violencia ni judicial o extrajudicial.

Las técnicas que se emplearon para el proceso terapéutico con las familias, fueron básicamente la entrevista circular, preguntas hipotéticas y la connotación positiva. Se considera para ello los tiempos interactivos de sus integrantes en presente, pasado y futuro (Selvini Palazzoli, 1990).

De esta forma, el sistema terapéutico de Milán se focaliza en tratar de modificar significados, a deconstruir la historia familiar, que está supeditada en las premisas. Mediante la neutralidad, la terapia sistémica de Milán co-construye un contexto de aprendizaje en el que las personas pueden comenzar a encontrar nuevas reglas y premisas para su organización (Selvini Palazzoli, 1990).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué cambios se pueden promover, desde la terapia sistémica del Modelo de Milán, en el tratamiento de un joven derivado por del sistema de justicia, para cumplir una salida alternativa bajo la ley de responsabilidad penal adolescente por un delito de lesiones en contexto de VIF?

4. OBJETIVOS

a. Objetivo General

Conocer los cambios que se pueden provocar en un caso clínico de un joven derivado por del sistema de justicia, para cumplir una salida alternativa bajo la ley de responsabilidad penal adolescente por un delito de lesiones en contexto de VIF, desde la terapia sistémica del Modelo de Milán.

b. Objetivos Específicos

Identificar la concurrencia de cambio terapéutico de un caso clínico de un joven derivado por del sistema de justicia, para cumplir una salida alternativa bajo la ley de responsabilidad penal adolescente por un delito de lesiones en contexto de VIF, desde la terapia sistémica del Modelo de Milán.

Efectuar seguimiento de cambio terapéutico un caso clínico de un joven derivado por del sistema de justicia, para cumplir una salida alternativa bajo la ley de responsabilidad penal adolescente por un delito de lesiones en contexto de VIF, desde la terapia sistémica del Modelo de Milán.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Intervención Terapia Coactiva en violencia intrafamiliar filio-parental

La ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente en Chile establece a lo igual que para mayores de edad sometimientos a intervenciones terapéuticas como parte de una suspensión condicional o sanción judicial por un determinado tiempo; particularmente dicho tratamiento se tiende a requerir bajo la ley N° 20.066 de Violencia Intrafamiliar, que es aplicable a menores a contar de los 14 años de edad. Estableciendo dicha ley de violencia intrafamiliar la obligatoriedad de tratamiento en materia de salud mental a quienes agredan a su grupo familiar (Milán, 1997). De esta forma la violencia intrafamiliar filio-parental en menores de edad al igual que en cualquier otro supuesto delictivo, tendrán que someterse a las medidas judiciales que se establezcan (Ibabe, 2007).

En tanto, las denuncias de familiares de padres hacia sus hijos por violencia filio-parental suelen gatillarse cuando estos se encuentran sobrepasados para afrontar dicho problema, concurriendo a la justicia o a las policías como último recurso y cuando han intentado otras alternativas que les han resultado infructuosas. Reportándose en gran parte de los casos de menores de edad la intención de la familia y/o padres de ayudar a sus hijos(as) para que cesen las agresiones, no así a la de búsqueda de un castigo para los mismos (Ibabe, 2007).

Desde una aproximación psicológica al fenómeno de violencia filio-parental donde los hijos ejercen violencia contra sus padres, se puede conceptualizar como un conjunto de acciones de violencia verbal, física y/o emocional de los hijos hacia uno a ambos padres que puede ser sostenida en el tiempo (Bailín, 2007). Violencia que suele ser de forma escalonada, donde regularmente empieza con insultos y amenazas, evolucionando en algunos casos hacia agresiones físicas; pero en otros contextos también se puede tratar de episodios únicos, focalizado a alguna crisis familiar o ruptura o separación de los padres (Bailín, 2007).

Referente a la terapia coactiva o terapia obligada en contextos judiciales en violencia intrafamiliar filio-parental, autores como Cirillo y Di Blasio (1994), conciben dicha expresión como contradictoria en términos terapéuticos; toda vez que se subentiende que

el acceso a terapia debiere ser por demanda espontánea y no bajo obligatoriedad. Pudiendo ser la imposición a someterse terapia como generador de resistencias y por tanto no adherencia al tratamiento; lo cual puede llegar a generar un punto crítico la vinculación entre intervención de ayuda terapéutica y la intervención de control bajo un sistema obligado; lo cual pudiere incidir desfavorablemente en el proceso de intervención, que propende la búsqueda un cambio genuino y no un mero cumplimiento de una sanción judicial. A pesar de lo enunciado anteriormente estos mismos autores refieren que si bien resulta ser obstaculizador intervenir terapéuticamente desde un contexto coactivo, también se puede concebir dicha instancia como una oportunidad posible de superar, interviniendo desde modelos comprensivos y más flexibles (Cirillo, 1989).

Los autores Cirillo, & Di Blasio, (1994) describen tres componentes que participan en las intervenciones de carácter obligado o coercitivo:

1. Instancia Judicial: organismo que deriva al sometimiento de intervención, y a su vez será quien precisará los objetivos generales de la intervención.
2. Sancionado: aquél que es derivado a la intervención.
3. Terapeuta: aquél profesional que realiza la intervención. El organismo ejecutor definirá desde su ámbito disciplinar los objetivos específicos, considerando los objetivos generales derivados del ámbito judicial. Propendiendo desistimiento de la reincidencia del sujeto en materias judiciales, fomentando factores protectores y disminuyendo los factores o conductas de riesgo.

De esta forma todos los intervinientes de esta tríada están obligados a ejecutar y cumplir las acciones que se les señalan, conforme a las responsabilidades que les competen a sus posiciones (Fritz, 2006). Por tanto, el derivado a terapia quien se sitúa en una posición de obligatoriedad que le impide eximirse de la sanción impuesta por la ley. Los otros organismos intervinientes de esta tríada también se encuentran en el marco de la obligatoriedad como de compromiso con el proceso y para dar cumplimiento a un mandato (Fritz, 2006).

La intervención judicial en casos de violencia filio-parental quizá no sea la más adecuada para desarraigar las conductas violentas de los adolescentes hacia sus progenitores, pero en cosos de última instancia puede ser la única respuesta posible

cuando han sido insuficientes las medidas de prevención como las intervenciones precedentes desde otros ámbitos como son el sistema de protección, el educativo o el sanitario en materia de salud mental (Ibabe, 2007).

5.2 Terapia Sistémica: Evolución Histórica

El enfoque sistémico es un modelo explicativo, heurístico y de evaluación familiar, que ha permitido establecer las bases de la intervención familiar, cuya eficacia valida empíricamente el modelo teórico (Minuchin, 1996; Navarro, 1992). De esta manera al contemplar la familia como un sistema, esta se concibe como un conjunto, con su propia identidad y dinámica interna, diferenciada del entorno; que se autorregula en su continuo proceso de cambio (Ochoa, 1995).

Los enfoques sistémicos absorbieron diferentes aportes de otras disciplinas, básicamente en lo que atañe a sus conceptualizaciones teóricas. Las contribuciones primordiales que sustentan los modelos sistémicos y que forman parte del cuerpo teórico de la sistémica se fundan en diversos campos disciplinares, que se pueden englobar en los siguientes (Keeney & Ross 1987):

- c. La Teoría General de los Sistemas: Es un enfoque interdisciplinario y por lo tanto aplicable a cualquier sistema tanto natural como artificial; pasando a ser uno de los principales aportes de este enfoque (Bertalanffy, 1968). El objetivo principal de la TGS es descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas (Bertoglio, 1997).
- d. La Cibernética: Según Foerster (1973) en la historia de la Cibernética se puede observar un proceso que se desenvuelve en tres niveles de complejidad: cibernética de orden "0" o implícita; cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden. La epistemología tradicional contempla a la realidad con existencia propia y el pensamiento científico positivista se funda en esta premisa dado que considera que la objetividad de la ciencia es primordial y que por lo tanto las propiedades del observador no deben estar contenidas en la descripción de sus observaciones (Ceberio & Watzlawick, 1997). Para Foerster (1973) la reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes. Por lo tanto la Cibernética de Segundo Orden nos introduce en la observación del observador. Surgen así intervenciones promotoras de crisis, movimientos desequilibradores y

actividades provocadoras predestinadas a impulsar a la familia más allá del umbral y generar cambios cualitativos, representadas en la clínica sistémica por autores como Minuchin (1974), Selvini Palazzoli (1975) y Whitaker (1982) ente otros.

- e. Pragmáticos de la comunicación: En esta denominación hallamos a psicólogos, biólogos y antropólogos que plantean la comunicación desde sus elementos pragmáticos en un intento de describir y comprender los circuitos, pautas y efectos que la comunicación provoca en diferentes sistemas (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Bateson, 1972). Los estudios se desarrollaron y focalizaron, en la relación entre el emisor y el receptor, donde la comunicación actúa como mediadora. De estos postulados hallamos: los axiomas de la comunicación, situándose entre los conceptos más relevantes que la teoría sistémica toma de esta línea, estableciendo principios básicos de la comunicación y la relación entre los comunicantes (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). La comunicación se da en un contexto y el conocimiento y comprensión del mismo permiten entender con mayor amplitud el fenómeno de la comunicación (Bateson, 1972). Contando con aportes, como la teoría del doble vínculo, desarrollada por Bateson el al (1956). Esta teoría surge a partir de las prácticas observacionales que hicieron a familias que tenían un miembro esquizofrénico, allí pudieron ver que las mismas se transmitían mensajes y conductas excluyentes simultáneamente (Keeney, 1987). Seguidamente se incorporaron las concepciones de Cambio tipo 1 y Cambio tipo 2; los cuales explican el cambio y la permanencia como dos caras de un mismo fenómeno (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). El Cambio tipo 1, es el cambio del no cambio, implica cambiar algo pero para que todo siga igual. Habría un cambio supuesto, pero no se llegan a cambiar las estructuras y pautas comunicaciones, y en esos casos los cambios no son medulares, aunque si evidentes, se dan cambios de contenidos pero la relación y la pauta que conecta se mantiene igual (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). En el caso del Cambio tipo 2, encontramos que el cambio es más radical, se modifican las estructuras, las reglas de juego del sistema, ya no son cambios aparentes, sino cambios en las pautas que conectan y al cambiar las reglas que rigen el sistema, cambia también en la mayoría de los casos los resultados obtenidos (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Históricamente los modelos sistémicos han estado ligados a la evolución de la terapia familiar. Sin embargo, en la actualidad el campo de aplicación práctica es mucho más extenso y del mismo modo se contempla igualmente tratamientos individuales, grupales, de pareja e indudablemente también de familias (Hoffman, 1987).

Desde un punto de vista teórico el concepto cardinal que sirve para unificar las contribuciones de los diferentes enfoques es el concepto de sistema; distintivo por su oposición al reduccionismo, realza las propiedades del todo o en las propiedades meta-sumativas, donde el todo es más que la suma de las partes que convergen de la interacción de los distintos elementos del sistema (Johansen Bertoglio, 1997).

Uno de los pilares donde se funda y apoya la escuela sistémica es del campo de la psicoterapia familiar (Andolfi, 1993). La orientación sistémico relacional se desenvuelve a través de una sucesión de prácticas clínicas e investigaciones, realizadas inicialmente en Estados Unidos y Gran Bretaña y prontamente en otros países entre ellos Italia, tomando el nombre genérico de Terapia Familiar (Minuchin, 1986).

Los primeros estudios orientación sistémica con familia, empiezan a articularse con la práctica clínica y las investigaciones en la década de las cincuenta, si bien existieron estudios previos de orden sistémico, esta corriente emerge con fuerza en ese década (Hoffman, 1987). En dicho periodo en tanto, se comienza a abordar las conductas sintomáticas del individuo como reflejo de una patología familiar más amplia. Emergiendo luego diferentes tendencias y escuelas sistémicas; donde es posible destacar a los autores ingleses más reconocidos esta Cooper, Laing y Schatzman, y en Estados Unidos a autores como Ackerman, Bateson, Boszormenyi Nagy, Erikson, Framo, Haley, Jackson, Satir, Sluzki y Watzlawick entre otros (Feixas & Miró, 1993).

5.3 Evolución de conceptos: Terapia Sistémica

Concurren tres momentos históricos de la terapia sistémica, de los cuales es posible mencionar (Ochoa, 1995):

Un primer momento de construcción y fortalecimiento del marco teórico que llegó a instituir la epistemología sistémica, se encuentra la Teoría General de los Sistemas de Ludwin Von Bertalanffy; la Cibernética de primer orden postulado por Norbert Wiener; y la Teoría Pragmática de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson (Feixas & Miró, 1993).

Un segundo momento se origina la segunda mitad del Siglo XX, cuando surgen los primeros modelos teóricos-clínicos sistémicos: el Modelo de Palo Alto, el Modelo Estructural, la Escuela de Roma, La Escuela de Milán y el Modelo Estratégico (Madanes, 1981).

Un tercer momento se origina a finales del siglo XX, influenciado por la cibernética de segundo orden postulado por Heinz Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela entre otros autores; emergiendo las nuevas terapias posmodernas: la individual, de las Narrativas, la Conversacional y la Feminista (Foerster, 1973; Maturana y Varela 1990).

Los primeros terapeutas sistémicos proceden de la psiquiatría, los cuales incorporaron la Teoría General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy para poder explicar la organización e interacción de los sistemas abiertos, trabajando particularmente con parejas y familias en un contexto determinado (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Asimismo, en la década del sesenta se dio un cambio de enfoque, que genera un cambio con la concepción clásica positivista; pasando de una visión monádica a una visión holística-relacional. La visión monádica (Watzlawick, 1988) se orienta a la observación de un solo individuo, básicamente señalado por su grupo familiar como el paciente identificado, portador de la patología. Este enfoque se orientaba a lo que le acontecía a un individuo, implicando una causalidad lineal. La dinámica de esta causalidad permite explicar la relación entre causa y efecto, los hechos que ya han acaecido en el pasado de ese individuo, los cuales condicionan o determinan los efectos patológicos que padece en el presente. Permitiendo explicar la relación entre lo que ya ha sucedido y lo que está sucediendo. El enfoque sistémico permitió al terapeuta pasar de una observación patología individual a focalizarse a la disfuncionalidad del sistema (Von Foerster, 1991).

5.4 Modelos Sistémicos

La época de la cibernética de primer orden, ubica al terapeuta como el único experto, el cual es quien sabe que está pasando en el sistema disfuncional; basándose en el modelo médico-hegemónico (Hoffman, 1987). A lo largo de la historia de la psicoterapia sistémica se han ido consolidarse diferentes escuelas o modelos de abordaje clínico. Cada una de ellas ha aportado diferentes técnicas de intervención, de los cuales se detallan a continuación:

5.4.1 Terapia Breve de Palo Alto o Escuela Interaccional

Esta escuela se identifica principalmente con la segunda generación de investigadores de Palo Alto (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974; Fisch, Weakland & Segal, 1982). Considerando que los cambios terapéuticos no son diferentes de las continuas transformaciones que sufren los diferentes sistemas en evoluciones naturales (Hirsh,

1988). Esta escuela considera que las soluciones intentadas son las que conservan el problema, donde las personas que llegan con problemas a la consulta psicoterapéutica traen una dificultad definida por alguno de los miembros como problema y una serie de aplicaciones de ciertas soluciones intentadas fallidas, que no han logrado remediar dicho problema, sino que por el contrario consiguieron al efecto pragmático de conservarlo, entorpeciendo el proceso normal de cambio (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Las intervenciones se dirigen preponderantemente a identificar los circuitos intervinientes y las diferentes soluciones intentadas, luego poder bloquear esas soluciones intentadas fallidas, para cortar el proceso cibernético de retroalimentación negativo que mantiene el problema (Weakland, 1974). El objetivo es cambiar las estructuras o las pautas interaccionales que rigen al sistema, lo que se conoce como Cambio tipo 2, pues todas las soluciones intentadas fallidas son vistas como simples Cambios tipo 1, que se conciben como “más de lo mismo” (Fisch, Weakland & Segal, 1982). Las soluciones intentadas, habitualmente se guían por el sentido común, pero para lograr Cambio tipo 2, los terapeutas interaccionales proponen intervenciones paradójicas que a veces contrarían el sentido común (Weakland, 1974). Proponen dar este tipo de prescripciones con una racionalidad acorde al marco referencial de la familia, alineándose a los parámetros semánticos del sistema. Esta escuela utiliza para ello dos elementos, que se conceptualizan como ‘hablar el lenguaje del paciente’ y ‘cargar con sugestión la prescripción’ (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Regularmente proponen tiempos de resolución relativamente breves, de diez sesiones generalmente, independientemente del tipo de problema presentado y las principales técnicas utilizadas por esta escuela son las prescripciones, sugerencias y redefiniciones (Feixas & Miró, 1993). Por ejemplo, un padre que define a su hija como retraída y por tanto con un comportamiento patológico; la intervención terapéutica apelará como finalidad cambiar el rótulo de “retraída” por el de “observador”. Asimismo ese padre podrá considerar que su hija es una silenciosa observadora de la realidad, y que su forma de ser es muy particular, pero no patológica. El terapeuta en este modelo acoge una postura de humildad (Weakland, 1974); reconociendo al paciente todos sus esfuerzos y el compromiso con la terapia, sin lo cual el cambio no se hubiera podido llevar a cabo. Estrategia inclinada a reforzar la capacidad transformadora que conserva el paciente (Feixas & Miró, 1993).

5.4.2 Modelo Estructural

Dos de los exponentes más destacados de esta escuela son Haley y Minuchin, quienes emplean los conceptos de jerarquías y los roles familiares que conceden la estructura del sistema; planteando que las familias se constituyen en torno a alianzas y coaliciones. En las alianzas se da cierta cercanía o vinculación entre dos integrantes por cualquier

circunstancia o motivo, en las coaliciones en cambio, del mismo modo se da una alianza pero la misma se dirige contra un tercero. Se incorpora a su vez el concepto de triángulo perverso (Haley, 1973) en los casos en donde concurre una coalición entre miembros de diferentes generaciones en contra de otro. Estas coaliciones regularmente son negadas en la terapia familiar, a diferencia de las alianzas que tienden a ser más reconocidas (Minuchin, 1974). Concibiendo a la familia como un sistema que tiene límites y fronteras, donde los miembros de la misma se diferencian entre ellos y otros subsistemas por límites, y a su vez el sistema familiar se diferencia de otros sistemas por sus fronteras. Estos límites a veces pueden ser difusos, rígidos o claros, dependiendo de esto se puede conceptualizar a las familias como aglutinadas y dispersas o desligadas (Minuchin, 1974). Las familias aglutinadas poseerían límites difusos y fronteras rígidas, de modo que es difícil conservar la individualidad, el intercambio con el medio y otras familias, es restringido, habitualmente los problemas de uno son los problemas de todos. En contraste con las familias desligadas o dispersas que poseen límites rígidos y muy marcados y fronteras más bien laxas, en el que sus integrantes suelen ser más individualistas. A partir de estos conceptos, además de los roles, jerarquías, alianzas y coaliciones es que se construyen un mapa estructural de la familia; pasando a ser herramienta útil para conocer el diagrama de la organización familiar, y de esta manera poder formular hipótesis sistémicas de la familia (Minuchin, 1974).

5.4.3 Escuela de Roma

Escuela fundada en la década de los años sesenta por el neuropsiquiatra infantil Maurizio Andolfi. Este ha sido el primer terapeuta sistémico que cuestionó la pretendida objetividad del positivismo (Selvini Palazzoli, 1990). Andolfi emplea el término neutralidad que remite a la relación terapeuta paciente en el cual el terapeuta no debe acceder a las alianzas que los pacientes resistentes al cambio quieran instituir para que el cambio de estructura no alcance a consolidarse. Concibiendo a la familia como un sistema relacional abierto en interacción dialéctica con otros sistemas, con cierta capacidad de autogobierno que le permite transformar como todo organismo activo, sus procesos vitales y adaptarse a los requerimientos de los diferentes estadios de su propio desarrollo (Andolfi, 1993). Desde esta perspectiva emergerá un doble proceso de continuidad y crecimiento que se sostiene en el equilibrio dinámico entre la tendencia a la homeostasis y la capacidad de transformación. El ciclo vital de la familia representaría el modelo de evolución de un sistema que tiene capacidad para transformarse conservando al mismo tiempo su integridad (Andolfi, 1993). Destaca Andolfi que las triangulaciones (padre-madre-hijo) y en las redes trigeneracionales (abuelos-padres-nietos), las necesidades, demandas e influencias que se establecen entre los miembros de

la familia extensa. Las intervenciones que más se destacan son las prescripciones directas, prescripciones paradójicas y prescripciones restructuradoras (Andolfi, 1993). Las prescripciones son asignaciones de tareas que involucran de forma directa o indirecta a todos o a algunos miembros del grupo familiar (Ochoa, 1995). Las prescripciones directas están recomendadas para aquellas personas, parejas o familias que responden muy bien al tratamiento, aquellas que se comprometen con la labor del terapeuta y están plenamente dispuestos a un cambio. Su objetivo es cambiar las pautas de transacción. La prescripción paradójica busca suspender la sucesión sintomática y presentar una nueva percepción del problema, sin necesidad de connotar negativamente el accionar familiar (Ochoa, 1995). Una prescripción paradójica prescribe explícitamente la función que ha cumplido el síntoma, de allí que muchas personas ofrezcan resistencia al cambio. (Selvini Palazzoli: 1990). Las prescripciones restructurantes tienen por objetivo cambiar los esquemas de interacción que se han establecido en la familia, logrando desplazar el síntoma del paciente identificado al grupo familiar (Andolfi, 1993).

5.4.4 Modelo Estratégico

Jay Haley, incorpora a su modelo los aportes de Milton H. Erikson y los trabajos de Salvador Minuchín, funda en 1976, en Washington, con el nombre de Instituto de Terapia Familiar. Su objetivo de análisis opera en torno de la organización jerárquica de la familia nuclear y extensa, como de la influencia que se ejerce dentro de la familia, y las disfunciones que se generan a su interior (Haley, 1990). El terapeuta estratégico asume la responsabilidad de influir directamente en el sistema familiar; el cual detecta y diagnóstica los problemas, fija metas, diseñan intervenciones y examina respuestas (Hoffman. 1987). Su objetivo es intervenir directamente en el sistema como si fuera un integrante más, de tal forma de llegar a quebrar los ciclos repetitivos de conducta, romper pactos secretos, y creando nuevas alternativas (Hoffman. 1987). Sus intervenciones terapéuticas consisten en diálogos profundos y el uso de directivas indirectas, un tipo de intervención paradójica que revela la necesidad que tiene la familia de cambiar, pero de la misma forma expone las resistencias al cambio; esto provoca que la familia se resista y reflexione acerca de su necesidad de cambiar; estas directivas indirectas deben ser claras y estar dirigidas a todos los integrantes del sistema (Fishman, 1985),

5.4.5 Modelo de Terapia Narrativa

Las prácticas narrativas emergen posterior a los postulados de la Terapia Familiar Sistémica, haciendo énfasis en los significados; como las historias que la gente construye su vida y su identidad; donde dos de sus más importantes precursores son Michael White y David Epston (Payne, 2002). Este modelo propone que los seres humanos organizan su experiencia de vida como una narración, es decir, como una serie de acontecimientos que tienen una sucesión temporal, un desarrollo, intenciones, significados y resoluciones (White, 2000). Comprendiéndose por narración en este modelo como las series de vida seleccionadas que cobran existencia por medio del acto de relatarlas a nosotros mismos y a los demás y que mediante de estos se representa nuestro sentido de la identidad (White & Epston, 1993; Payne, 2002). La terapia narrativa incorpora como objetivos cardinales la focalización hacia las fortalezas de los consultantes, seguido por la incorporación de la visión del consultante y terapeuta como socios; además de un acercamiento construccionista del significado y la atención centrada en la narrativa o la forma del relato del significado (White & Epston, 1993). La Terapia Narrativa, a su vez, incorpora una crítica al enfoque sistémico, optando por abandonar el modelo “cibernético” del ser humano, reemplazándolo por un modelo lingüístico, es decir social, tomando conceptos del Construccionismo Social (Gergen, 1996). La Terapia Narrativa se focaliza en revelar y reconocer (deconstruir) las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que reside la persona y que son un importante aporte para asistir al problema y a su historia; de esta forma es posible cuestionar y desairarlas. Habitualmente las ideas que convergen al problema se dan por hecho como “verdades; estas conversaciones exploran las condiciones de género, raza, sexualidad, y cambian el enfoque de un proceso interno de la persona a un enfoque externo y de creencias (Payne, 2002).

5.4.6 Modelo Constructivista

El aspecto más relevante de este momento es el cambio epistemológico subyacente; aportado una nueva manera de ver la realidad, la que sólo puede ser concebida desde la propia experiencia del sujeto, que de acuerdo a Humberto Maturana, existiría una transformación desde una noción de realidad como Universo a una concepción de la realidad como Multiverso; realidad construida por el observador, en una red de relaciones ordenadas en el lenguaje (Maturana, 1997-1998; Guidano, 1994).

Uno de los aspectos teóricos focales del modelo constructivista es la consideración de la psique como el resultado de un proceso de construcción y reconstrucción permanente, consecuentemente, descartarían que estos contenidos mentales fueran innatos, (Neimeyer & Mahoney 1998). De esta manera las teorías serán viables en la medida que

favorezcan la adaptación al ambiente y que puedan elaborar de un modo integrador y autorreferencial una mayor cantidad de experiencias, teorías que se construyen de manera progresiva y jerárquica, y los modelos de realidad elaborados se irán acoplando a las estructuras internas de conocimiento. Por lo tanto, las teorías no pueden ser evaluadas en función de su adecuación a una realidad formal y objetiva (Neimeyer & Mahoney 1998).

5.5 Modelo de Terapia de la Escuela de Milán: sus orígenes

El Modelo de la Terapia Sistémica de Milán, surge con Gregory Bateson, quien, en 1950, estudia la comunicación humana en Palo Alto, de igual manera se crea el Mental Research Institute MRI, donde ya se realizaban estudios y psicoterapia de familias (Bateson et al, 1956). Bateson, expuso que en las relaciones humanas esta discontinuidad a menudo no es respetada generándose paradojas con consecuencias patológicas. Llevando a Bateson a formular de la Teoría del Doble Vínculo, señalándola como la comunicación paradójica en familias con un miembro con esquizofrenia (Silvine, 1991).

En 1967, Watzlawick, Beavin y Jackson, quienes pertenecían al MRI, publicaron “Pragmática de la comunicación humana”. Esta publicación es en oposición al modelo imperante de la época: el modelo psicoanalítico, que en esa época era el modelo con el que más se efectuaba al trabajo clínico. En ella se enfatiza el contexto vincular, que es en donde se originaría la conducta problema; sosteniendo que al modificar las pautas de interacción vincular al interior de la familia, la conducta problema cambiaría. Estos autores mostraron que una familia en transacción esquizofrénica sostenía su juego de paradojas que involucraban a todos sus miembros, y que estas solo podían ser disueltas por medio de paradojas terapéuticas. Con esta epistemología se contempla el síntoma como un fenómeno análogo con características interaccionales; señalando un cambio en el paradigma dual psicoanalítico (orgánico – psíquico) a un paradigma de orden sistémico; pasando a ser la tesis de trabajo en el MRI (Watzlawick, et al 1995).

Consecutivamente Mara Selvini Palazzoli, se interesó en el trabajo de Bateson y Ackerman, fundando en Milán, Italia, en el año 1967 el Instituto de la Familia junto con sus colegas, Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin. En ese mismo año, el grupo tomo contacto y visitó los centros terapéuticos de los Estados Unidos y enriqueció sus estrategias de trabajo. Posteriormente, el grupo se dividió en dos: el grupo Selvini-Palazzoli y Prata y el grupo Boscolo y Cecchin (Watzlawick, et al 1995; Silvine, 1991). Luego para 1970, el equipo para el Estudio de la Familia ya contaba con 8 miembros, no

obstante, tras algunas incidencias, el equipo se separa para reestructurarse en 1971 quedando conformado por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Su teoría de la patología era derivada de Bateson, centrada en la comunicación de doble vínculo. Discuten los trabajos realizados con familias del grupo del MRI, para así desarrollar un modelo de trabajo psicoterapéutico (Selvini Palazzoli, 1991). Se introduce en el Estudio de la Familia ideas y técnicas como la prescripción del síntoma, paradoja, reencuadramiento o redefinición (Selvini Palazzoli, 1980). En aquel tiempo, la escuela de Milán, instruye sus trabajos con las familias, retomando postulados estratégicos sistémicos del MRI, con una filosofía estratégica (Haley, 1990), por un lado, y la sabiduría sistémica desarrollada por Bateson, quien ya se contraponía a trabajos realizados por Haley (Boscolo, 1989).

El marco teórico de la Escuela de Milán, pasa a ser la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Para 1975, G. Bateson publica “Una ecología de la mente”, que influye en el grupo de Milán, y cambia su forma de pensar y de hacer terapia. Fueron los principios de la epistemología cibernética de 2º orden, y así, ir más allá de los aspectos estratégicos y el desarrollo de un modelo sistémico puro: “Modelo o Enfoque de Milán” (Haley, 1990).

En 1977, Boscolo y Cecchin, comienzan a enseñar su método opuesto al modelo estratégico sistémico, y la herramienta terapéutica que utilizaron fue la entrevista circular. Para 1978, publican sus ideas en el libro “Paradoja y Contraparadoja” (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1991). Para 1980, se separan Selvini Palazzoli y Prata por un lado, enfocándose a la investigación; y Boscolo y Cecchin por otro y se orientan a la formación de terapeutas (Boscolo, 1989). Para 1983, retoman a Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, quienes revolucionan la Terapia Sistémica y crean el Constructivismo Social, en donde señalan que los seres humanos son una construcción y que estos están relacionados con el lenguaje, que por medio de éste, se conoce la realidad, el lenguaje es subjetivo, por lo tanto, la objetividad cae (Boscolo, 2008; Von Foerster, 1991).

La postura epistemológica de la Cibernética de primer Orden de los sistemas observantes, evoluciona a la Cibernética de 2º Orden de los sistemas observados. De esta forma, Boscolo y Cecchin, diferencian aún más el punto de vista sistémico (Boscolo, 1989). Boscolo y Cecchin, a mediados de esta década, dejan de interesarse en las prescripciones paradójicas y centran la atención en el terapeuta y no en la familia. En ese momento, los estudiantes de su centro, que observaban las sesiones de terapia, se empiezan a cuestionar el papel del terapeuta, y no el de la familia (Boscolo y Bertrando,

2008). El foco de su atención está en el sistema observante y la autorreflexión, que con sus prejuicios, teorías y sensibilidad cimienta y describe la realidad observada. La realidad se co-construye en el lenguaje. Maturana refiere que hay tantas realidades como lenguajes (Boscolo y Bertrando, 2008).

Seguidamente el Grupo de Milán publica el artículo “Hipotetización, Circularidad y Neutralidad” pasando a ser estos los conceptos terapéuticos cardinales de su modelo, y lo que marca un avance a los postulados de Bateson (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Consecutivamente en los años ochenta la escuela de Milán, pasa a una visión posmoderna, adhiriéndose al construccionismo social y a la Narrativa. Adoptando una perspectiva que define la terapia como la recuperación de resultados únicos y la creación de historias alternativas (Selvini Palazzoli, 1991). Las nuevas teorías basadas en la centralidad del lenguaje, la hermenéutica y el construccionismo social, permitieron conectar al individuo con el grupo (Selvini Palazzoli, P., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. 1991).

Desde sus inicios, este modelo se fue nutriendo de diferentes aspectos desarrollados por otros teóricos interesados en el ser humano y su complejidad en las relaciones. Sin embargo, no se estancó en ninguna postura, al contrario, según las necesidades del contexto, se fue ampliando (Boscolo y Bertrando, 2008).

5.6 Modelo de Intervención de La Escuela de Milán

El principio básico del Modelo de Milán es poder establecer un contexto relacional de aprender a aprender (Bateson, 1972), en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, como de posibles salidas de la dificultad y del sufrimiento. Con este objetivo, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas (Eguiluz, 2007). Buscando conocer hondamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema, es decir, los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos (familia, grupo de pares, expertos, etc., conteniendo naturalmente al terapeuta) que contribuyen a la evolución y al mantenimiento de los problemas (Anderson, 1986). Este trabajo de exploración permitiría llegar, junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia (Anderson, 1986).

Consecutivamente, es a partir del contacto para la petición de consulta, donde se comienza a recoger información para elaborar una hipótesis circular, que contiene información de la función, que para cada miembro de la familia, cumple el síntoma del paciente (Bateson, 1972). Esta hipótesis inicial se revisa en el transcurso de la sesión, en el que las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmar o refutar la hipótesis inicial. A su vez, el uso del espejo unidireccional es una herramienta que permite asegurar la neutralidad del terapeuta respecto de la familia, además de suponer el mantenimiento de una "metaposición" con respecto a la familia (posición de experto) (Ochoa, 1995).

En general, estos tratamientos suelen tener un número reducido y limitado de sesiones, en el cual no suelen ser más de 20 sesiones y su frecuencia es variable. La duración global del tratamiento no suele exceder los 2 años (Ochoa, 1995; Selvini Palazzoli, 1997-1998).

5.7 La Convocatoria a Sesión

En sus orígenes, el modelo de Milán suponía que a la terapia fueran siempre convocados todos los miembros de la familia nuclear (Selvini Palazzoli, Suarez, 1996). La evolución del modelo terapéutico ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar "elige" traer a la terapia; pasando así al principio de que venga aquél que desee venir (Eguiluz, 2007). La convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia es un instrumento fundamental para el proceso terapéutico, inclusive para facilitar no sólo las acciones del terapeuta, sino asimismo los momentos decisivos, como es la definición de los objetivos (Eguiluz, 2007). A modo de ejemplo, convocar a un solo cliente después de la primera sesión puede ayudar a definir la terapia como individual, cambiándose sensiblemente los objetivos. Del mismo modo, en el transcurso de las terapias definidas como familiares, el convocar a un subsistema puede tener efectos de relevancia. Este modo de trabajo permite a los terapeutas, por una parte, ser colaboradores con la familia que tiene problemas para presentarse en conjunto a la terapia, por otro lado, ayudaría a crear en la familia espacios de diferencias que permitan el surgimiento de nueva información (Suarez, 1996). Se pueden distinguir diferentes tipos de convocatorias:

1. Convocatoria horizontal: Permite definir y reevaluar los límites generacionales y la eventual diferenciación o falta de la misma (Minuchin, 1974). Por ejemplo ambos padres o el grupo de hermanos de la familia.

2. Convocatoria vertical. Este tipo de convocación aparece particularmente adecuada en los casos en que es necesario reforzar la identificación masculina del hijo o disminuir la distancia percibida por el padre. Por ejemplo, convocar a madre e hija, muy útil en casos de anorexia, o bien aquella muy usada actualmente de padre e hijo.
3. Convocatoria individual. Resulta de máxima utilidad cuando el terapeuta desea crear una alianza particular con un miembro de la familia. Por ejemplo, en pacientes con un diagnóstico de psicosis que tiene dificultad en crear un verdadero lazo en presencia del resto de la familia.

Es preciso destacar que en modelo de Milán las relaciones se manifiestan en el aquí y ahora; Por ésta razón, los terapeutas familiares han creado procedimientos de evaluación “in situ” (Eguiluz, 2007).

Los objetivos principales de la entrevista del Modelo de Milán son, poder obtener información del problema que motiva la consulta y lograr un cambio en el síntoma del paciente identificado y en ciertos aspectos del funcionamiento familiar que conservan la conducta sintomática (Eguiluz, 2007). Primeramente los datos de las familias se solicitan por contacto telefónico y se transcriben en una ficha, luego cada sesión se desarrolla en 7 partes (Boscolo, 1989):

1. Contacto telefónico: A través de una ficha telefónica estandarizada el terapeuta recoge una serie de datos de la familia y el problema, durante quince o veinte minutos. Este primer contacto con el sistema familiar permite iniciar el establecimiento de la relación terapéutica e informar del funcionamiento del centro o consulta (Navarro, 1992).
2. Pre-sesión: Precedentemente de ver a la familia en la entrevista inicial, los integrantes del equipo se reúnen, durante quince o veinte minutos, para discutir la información obtenida en la ficha telefónica. El objetivo es crear dos o tres hipótesis de lo que puede estar ocurriendo en el sistema familiar en torno al síntoma y planear el desarrollo de la sesión. Se detalla el tipo de estrategia que conviene seguir, concretando qué temas se tratarán y su orden de aparición, así como las preguntas dirigidas a cada miembro del grupo familiar (Tomm, 1984).
3. La sesión misma: La sesión transcurre a lo largo de cincuenta o noventa minutos. En una primera entrevista el terapeuta comienza definiendo el contexto y lineamientos que se desarrollará la terapia. Subsiguientemente, se resuelve posibles dudas que los miembros de la familia puedan tener y se les pide un

primer acuerdo verbal de tales condiciones. A continuación, deberán dar su conformidad por escrito mediante la firma, por todos ellos, de dos tipos de contrato uno terapéutico y otro para el empleo de la filmación en vídeo. Una vez definidas y aceptadas las reglas de trabajo, el objetivo fundamental del terapeuta consiste en orientar la sesión a adquirir información para confirmar o falsar las hipótesis generadas en la pre-sesión (Tomm, 1985).

4. Intervención: en esta etapa se intenta producir un cambio conductual cognitivo afectivo en la forma que tiene la familia de manejar el síntoma y en el síntoma mismo. Los recursos técnicos para facilitar el cambio comprenden fundamentalmente connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas y paradójicas, rituales y metáforas.
5. Conclusión de la sesión: el o los terapeutas regresan a dar el mensaje final, que podía ser un breve comentario o una prescripción.
6. El acta de sesión: cuando la familia ya se retira, el equipo se aboca a redactar el acta de la sesión.
7. Seguimiento: seis meses después de haber finalizado el tratamiento, el equipo contacta con la familia mediante un cuestionario escrito, un cuestionario telefónico o una entrevista estandarizada con el fin de evaluar la persistencia del cambio y la eficacia de los procedimientos terapéuticos empleados.

5.8 La Entrevista

La Escuela de Milán se funda en la teoría general de los sistemas y en la teoría de la comunicación humana fundamentalmente, a partir de las cuales se desarrolla el entrevista circular como instrumento de intervención terapéutico-familiar. La familia, según Selvini Palazzoli, es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se construyen en el tiempo a través de ensayo y error (Selvini Palazzoli 1991; Suarez, 1996). En el modelo de intervención de Milán el terapeuta debe evidenciar las interacciones que se producen alrededor del problema y que operan para mantenerlo de modo de realizar intervenciones que provoquen un cambio en la autoorganización del sistema.

El enfoque de Milán concibe la terapia como un ambiente y/o contexto de curiosidad, que se desarrolla en base a un esfuerzo cooperativo y de indagación de nuevas posibilidades. Asumiendo así la terapia una dirección única, en la que los integrantes de la familia son estimulados a poner al día al terapeuta en cada sesión del cambiante cuadro de sus vidas y de sus relaciones (Selvini Palazzoli, 1980; 1981). De esta forma, el equipo de Milán basa sus intervenciones terapéuticas en una entrevista circular, que da

origen a la confección de *hipótesis, la circularidad y neutralidad*, que funcionan como ejes cardinales que guían las preguntas (pautas de la entrevista) proporcionando las acciones deseadas por el terapeuta (Eguiluz, 2007).

5.9 Elaboración de hipótesis

Por elaboración de hipótesis se entiende la capacidad del terapeuta para construir inferencias, basado en las informaciones que posee; lo cual le permite determinar el punto de partida de su propia investigación. Ahora bien, si la hipótesis resultara errada o no aceptada por la familia, se deberá formular otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de las deducciones anteriores (Ochoa, 1995). El equipo terapéutico del modelo de Milán antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la ficha telefónica, se reúne para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, el terapeuta puede tomar la iniciativa, actuar con orden, controlar, interrumpir, guiar y provocar transacciones, evitando quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo (Eguiluz, 2007; Ochoa, 1995). Así, el modelo tiene una fuerte base en la entrevista, por lo que se demanda que las preguntas sean guiadas por una hipótesis, para explicar los hechos que va construida a partir de la información verbal y analógica que el terapeuta incorpora a partir del contacto con la familia (Selvini Palazzoli 1990, Suarez, 1996). Con la hipótesis el terapeuta fija el punto de partida de su investigación. La hipotetización puede servir al terapeuta para trazar planteamientos de la terapia así como el mapa familiar, la explicación acerca de la familia, el problema y su relación contextual.

Objetivo de la hipótesis:

- Relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción.
- Ordenar el planteamiento de las preguntas sistémicas y circulares.
- Introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia.

La hipótesis puede ser formulada:

- Basándose en la información acerca de la familia, quién la refiere, la entrevista telefónica y las entrevistas con la familia.
- Basados en experiencias psicológicas del terapeuta con familias y problemas similares, tomando en cuenta la cultura, la religión, la posición sociocultural y los patrones repetitivos.

- Aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta.
- Para que sirva como guía de la sesión terapéutica, la hipótesis deberá o relacionarse o enfocarse a la preocupación o al problema central de la familia.
- Ser útil; pero lo importante no es mantener la hipótesis sino encontrar la verdad que la mantiene.
- Configurar, analizar y confirmar la hipótesis de la familia y del terapeuta de la verdad problema.
- Plantear nuevas hipótesis de acuerdo con los planteamientos y la evolución de la interacción terapéutica.

A través de las hipótesis el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia. El planteamiento de una hipótesis sistémica y el uso de la retroalimentación finalmente caracterizan la circularidad de la entrevista circular (Boscolo, 1983; 1989).

El juego familiar como hipótesis operativa

El juego familiar es un concepto implementado por el equipo de Milán, que cobra relevancia por cuanto permite comprender diferentes aspectos de la dinámica familiar y/o vincular, como son las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en su conjunto (Selvini Palazzoli, 1990). El juego familiar se emplea como una hipótesis operativa, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención (Selvini Palazzoli, 1990). Lo que ha de diagnosticarse (lo enfermo), es el "juego familiar", que incluye el mapa de relaciones familiares, alianzas y exclusiones la regla que parece presidir esas relaciones que está y que no está permitido y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar (Boscolo, 1996). Convirtiéndose el juego familiar, una herramienta útil para regular el funcionamiento del sistema familiar; que se ha construido a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que constituyen las conductas e interacciones de la familia y pueden incluso heredarse de transgeneracionalmente (Andolfi, 1993). Dejando de ser adaptativo el juego, para transformarse en patológico, cuando atribuye a los miembros del grupo familiar, roles y funciones que ya no responden a las exigencias del momento evolutivo que enfrentan (Selvini Palazzoli, 1990). Subsiguientemente, para modificar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, considerando que creencias y conductas se influyen mutuamente; de esta forma el objetivo terapéutico poder romper el juego, y para ello es imperioso edificar un modelo

de éste, con toda la información potencial, emanada a partir de entrevistas a todos los integrantes de la familia (Selvini Palazzoli, 1990- 1991). Asimismo, el cambio se origina cuando se sustituye el juego familiar por otro juego menos perjudicial, pues todo grupo familiar precisa de un juego que regule su existencia como sistema. Si bien afecta al sistema afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se origina en las percepciones y creencias de la familia (Selvini Palazzoli, 1990-1991; Boscolo, 1989; Bertrando, 1994).

El concepto de juego provoca asociaciones de ideas de grupos, equipos, jugadores, enfoques, tácticas, etc.; de ahí que las relaciones familiares se pueden considerar como vínculos entre "triunfadores y vencidos", entre quién "obtiene un logro" y quién "debe pagar el precio" (Selvini Palazzoli, 1990). Cuestionarse quién juega, representa indagar cómo se desenvuelve la "partida" en los niveles supraindividuales, ya sea al interior de la familia nuclear o si pasa a través de otros sistemas ampliados, como la familia extensa, la escuela o el lugar de trabajo, etc. Al pensar en términos de juego se pone la atención a la secuencia de los movimientos del individuo (Selvini Palazzoli, 1990; Bertrando, 1994).

Desde este enfoque el paciente identificado puede ser visto como el perdedor en una situación de juego en la cual, él mismo jugador busca confusamente con el síntoma, exteriorizar su propuesta y tratar de recobrar las posiciones perdidas; y por tanto pasa a ser el momento en el cual la familia solicita ayuda y entra en tratamiento, coincidiendo con una evolución de su juego que ha puesto a uno o más de sus jugadores en una situación intolerable (Selvini Palazzoli, 1990). El estudio y la terapia de una familia parten de la elaboración de una hipótesis referente al tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esa hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla; identificando con ello el terapeuta la estrategia de cada uno de los actores, en función de finalidades, pensamientos y sentimientos que organizan su accionar recíproco (Selvini Palazzoli, 1990; Bertrando, 1994).

Una representación de cómo opera el juego, es cuando el terapeuta decide interactuar con un integrante de la familia de una manera completamente opuesta a la que lo hace la organización familiar. El propósito de tal comportamiento es doble, por una parte, observar las retroacciones de los diferentes miembros ante tal comportamiento; por otro, destituir a ese miembro de una posición que persiste el juego disfuncional (Selvini Palazzoli, 1990). Un ejemplo de lo referido, sería tratar con respeto y consideración a un padre que ocupa una posición de persona incapaz en el juego de esa familia. El juego no

se considera como el fiel reflejo de lo que está ocurriendo en la familia, se trata de una hipótesis, algo a no confundir con la realidad (Selvini Palazzoli, 1990). Su valor, en definitiva obedece que sea capaz de concebir más información y/o una intervención que origine un cambio. Considerar el problema familiar en términos de juego, no es solo para conocer qué sucede, sino por hallar una forma operativa de diseñar el cambio (Selvini Palazzoli, 1990; Bertrando, 1994).

Finalmente, el grupo de Milán al emplear el juego familiar como senda de acceso al cambio; construyendo metas terapéuticas, que operan como movimientos que se originan durante una entrevista y poseen tres metas primordiales, la primera de ellas es poder perturbar y/o alterar el mapa de relaciones, cambiar la serie familiar de conductas y lograr una meta-regla de cambio (Eguiluz, 2007). La meta última es cambiar la manera en que la familia percibe e interpreta la realidad, consiguientemente los tres objetivos estratégicos son otras tantas formas de cumplimentar este último objetivo (Navarro, 1992).

5.9.1 Circularidad

Por circularidad se concibe como la habilidad del terapeuta para confirmar o falsear sus hipótesis a partir de la información obtenida en la familia (acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio) como respuestas a sus preguntas. Se trata de indagar de qué manera ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros. Al plantear preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se logra simultáneamente el objetivo de introducir en la familia "inputs", que operan como conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema (Selvini Palazzoli 1990, Suarez, 1996).

En la entrevista circular el terapeuta plantea las preguntas para enriquecer la comunicación y la comprensión temporal del problema. Los propósitos del cuestionamiento circular serán (Navarro, 1992):

- a) Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- b) Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
- c) Proponer la conducción de la terapia.

- d) Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
- e) Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente, futuro) del problema.
- f) Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
- g) Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro en ésta.
- h) Cuando se observen límites muy rígidos en la familia y se dificulte la interacción, hacer las preguntas en forma menos incisiva respecto del problema; por ejemplo, "¿quién responde en forma más agresiva, en una discusión? o ¿cree alguno de ustedes que no sea necesaria la agresión para discutir?"
- i) Realizar una misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico.

En los diferentes momentos de la intervención, el cuestionamiento circular podrá proponerse por el terapeuta o por el equipo de observadores, con el fin de darle un giro de temporalidad a las preguntas circulares, como presente, pasado y futuro; por ejemplo (Boscolo, 1996):

Presente:

- ¿Cuál creen que sea el problema actual de la familia?
- ¿Cuál es la razón por la que están aquí?
- ¿Cuál es la preocupación de la familia, ahora?
- ¿Qué creen que debe cambiar ahora en la familia?

Pasado:

- ¿Cuál creen que era el problema entonces?
- ¿Cómo era la relación de ustedes, antes del problema?
- ¿Cómo se sería la familia con el problema en el pasado?
- ¿Si pudieran olvidar el pasado, qué olvidarían?

Futuro:

- ¿Qué pasaría con la familia si continuara el problema?
- ¿Cómo se podría ver en el futuro, una mejora del problema?
- ¿Cómo verían a la familia en el futuro, sin el problema?

¿Cuál sería su conducta en el futuro si el problema ya no existiera?

El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigido a cada miembro de la familia en relación a quién hace qué, cuándo, dónde, cómo, también sobre el encuadre, la hipótesis, el problema y el síntoma (Selvini Palazzoli, 1980). A continuación, se presentan algunas sugerencias sobre este tipo de preguntas, conocidas como preguntas de interacción:

- a) Hacer preguntas relacionadas con la hipótesis planteada.
- b) No formular la pregunta a las personas, en verbo "ser" sino de manera menos directa, en verbo "actuar"; por ejemplo, en lugar de ¿Cuándo se convierte en animal?", preguntar ¿cuándo puede actuar como animal?", y así.
- c) Cuando la familia se comunica a través de adjetivos calificativos para indicar el comportamiento de alguien. Pedir ejemplos para calificar o comprender dicha conducta.
- d) Proponer diferencias espaciales sobre el problema o la hipótesis.

Es importante que el terapeuta sepa capaz de plantear quién confirma o descarta el problema y la hipótesis, durante el cuestionamiento de la intervención, a través de síntomas, actitudes, comportamiento, disposición, involucramiento, distanciamiento y otros.

5.9.2 Neutralidad

Por neutralidad se entiende la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no proferir evaluación alguna "no juzgar, no criticar" (Ochoa, 1995). Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar retroalimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas. El hecho de emitir un juicio cualquiera, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes (Selvini Palazzoli, P., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. 1980). El equipo de Milán también pone especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. El terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia (Ochoa, 1995).

5.10 Técnicas de Intervención del Modelo de Milán

Las técnicas de intervención que emplea el equipo de Milán han ido evolucionando a través de su propia investigación: las más destacables son:

- a) Prescripción Paradójica.
 - b) Connotación Positiva.
 - c) Rituales.
 - d) Prescripción Invariable.
-
- a) Prescripción Paradójica.

Paradoja se entiende como una contradicción en la que hay que deducir dos premisas congruentes; en el cual habría una confusión de niveles entre algo abstracto y algo real. (Selvini Palazzoli, 1975-1991). Simultáneamente que se informa algo se metacomunica lo contrario, es un mensaje circunscrito (Watzlawick, 1995). Por medio del cual generalmente se le pide a la familia que continúe o que se expanda el comportamiento del problema que los llevo a la terapia, con el objetivo de que la familia cumpla con ésta y se vea obligada a revertir una posible solución. Las Preinscripciones Paradójicas están basadas en el desafío de la familia a las instrucciones del terapeuta. De esta manera la paradoja busca como consecuencia lo opuesto de lo que parecen pretender (Fish, 1982). La prescripción paradójica más conocida es la prescripción del síntoma, donde se pide a la familia o quien se interviene que mantenga la conducta sintomática, con la disculpa, por ejemplo, de que no hacerlo traerá males mayores. El terapeuta prescribe el síntoma como algo espontáneo pero el paciente identificado no estará ya en condiciones de realizarlo espontáneamente por el hecho mismo, de que le ha sido prescrito. Tendría entonces que rebelarse contra el terapeuta, abandonando el síntoma (Selvini Palazzoli, 1990; 1991).

El síntoma, se define como esencial para la estabilidad de la familia, el cual es prescrito al paciente por el terapeuta, que recomienda a este seguir con las conductas sintomáticas, al menos por el momento (Selvini Palazzoli, 1991). Por otro lado, se invita a la familia a persistir en sus modalidades de conducta habituales. El terapeuta prescribe el síntoma como algo espontáneo que el paciente, sin embargo, no estará ya en condiciones de realizar espontáneamente por el hecho mismo, de que le ha sido prescrito. El paciente se ve empujado hacia un camino sin salida del que no puede escapar sino rebelándose contra el terapeuta, es decir, abandonando el síntoma (Tomm, 1984).

b) Connotación Positiva:

La connotación positiva es un recurso terapéutico que puede ser una de las técnicas más originales del grupo de Milán (Boscolo, 1989). Primeramente, desearon dar un fundamento que fuera coherente con la estrategia de fomentar y/o provocar un comportamiento sintomático. Poniendo a la familia bajo terapia implícitamente han convenido en ayudar a la familia a librarse del problema; básicamente sería incongruente prescribir sin dar una buena razón (Boscolo, 1989). El propósito original (paradójica) es prescribir el síntoma, y dado que no se puede prescribir lo que se critica, surge esta estrategia en la cual se connota positivamente el síntoma y las conductas de los familiares (Selvini Palazzoli, 1991). Reside esta técnica en dar un significado positivo a una declaración o un hecho presentado de forma negativa, o con atribuciones de intenciones y/o características negativas, por alguna de los integrantes de la familia (Selvini Palazzoli, 1991; Boscolo, 1983; 1989). Esta connotación puede realizarse tanto a un hecho como a un atributo de una de las partes como a las intenciones. Por ejemplo, uno puede decir: "Él ejecutó esa acción puesto que es fuertemente escrupuloso" (atributo) o "Él efectuó esa acción porque tenía el propósito de dejar todo en perfecto orden (intención)" (Keeney, 1987).

En resumen, la connotación positiva, nos permitiría (Navarro, 1982):

- 1) Ubicar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema, sin connotarlo, como moralista, evitando así trazar líneas arbitrarias de demarcación entre unos y otros.
- 2) Acceder al sistema mediante la confirmación de su línea homeostática.
- 3) Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho, en cuanto animados de la misma intencionalidad.
- 4) Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja.
- 5) Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeutas.
- 6) Definir el contexto como terapéutico (tipo de contexto).

c) Rituales Familiares

Los rituales como técnica tienen como objetivo evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible insight (Haley, 1990; Fish, 1982). El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el construir para

la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta. Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas (Bosocolo y Bertrando, 1996) de la siguiente forma, primeramente, se pretende poner a la familia en la condición de tener que comportarse en forma distinta a la manera que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas (pasar del “pensar” al “hacer”); luego se sitúa a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual. Lo anteriormente pretende crear una experiencia colectiva que puede dar nuevas perspectivas compartidas; favoreciendo con ello la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido descartados (Haley, 1990). Esta técnica es útil para derrumbar mitos; que operan como convicciones que el grupo comparte, estos decretan el tipo de relaciones que construyen los miembros de la familia entre sí, los atributos y los papeles de cada uno de ellos. Conteniendo los mitos sus propios rituales que los sostienen y perpetúan en el tiempo. Si estos rituales son alterados o substituidos por nuevos rituales prescritos por el terapeuta los mitos suelen derrumbarse (Selvini Palazzoli, 1980-1990; Suarez, 1996).

d) Prescripción Invariable

La prescripción invariable es un instrumento terapéutico a utilizar cuando el paciente, es uno de los hijos. Se trata de una serie de prescripciones especificadas en sus menores detalles, tiempos y secuencias.

- 1 – Se cita sólo a los padres.
- 2 – Se prescribe guardar el secreto respecto a la sesión.
- 3 – Se prescriben desapariciones: Ej. Salir algunas noches o salir fin de semana.

El poder terapéutico de la prescripción invariable radica en:

- La superioridad de la pareja parental.
- La jerarquización de los subsistemas.
- El contrato de colaboración establecido con los padres mediante el secreto.
- El viraje continuo de la definición de la pareja. Se la trata alternativamente de parental y conyugal. Citados como padres, se les pide regresar a su casa principalmente como pareja.

5.11 Estudio de Caso Único

El objetivo del estudio de caso único se centra en la descripción y efectos de un proceso terapéutico. Este estudio permite indagar más extensamente en la historia del sujeto intervenido terapéuticamente; con el objetivo de recolectar información primordial para el análisis posterior. Permitiendo construir reflexiones y transferir conocimientos generales a partir de un aspecto particular. El estudio de caso se funda en la compilación de información detallada sobre un individuo, a lo largo de un periodo. El material proviene de las observaciones directas o entrevistas en profundidad; empleado usualmente en contextos de salud mental. La ventaja de esta técnica se debe a que proporciona mayor información sobre procesos internos y complejos de la conducta humana, posibilitando un mejor acercamiento al sujeto investigado. Al precisar una mayor especificación, posibilita un diagnóstico e intervención más precisa y acertada. La desventaja se debe a que los resultados obtenidos no se pueden generalizar por componer una muestra muy pequeña y, a su vez, es difícil lograr objetividad (Baxter y Jack, 2008).

Como fuente de información se utilizó la copia de resolución del Juzgado de Garantía de Antofagasta. Para recoger esta información, se empleó una entrevista semiestructurada, que incluye información concerniente a los siguientes ámbitos, que se presentan a continuación:

- Datos de Identificación: Se recoge información referente al sexo, fecha de nacimiento, edad cuando se cometió el delito/s y edad cuando se adoptó la medida por Juzgado de Garantía.
- Medidas impuestas: Este apartado diferencia y registra los expedientes de ejecución, que se refieren a sentencias y medidas adoptadas.
- Ocupación principal del adolescente: Recoge información sobre la actividad principal desarrollada por el adolescente.
- Problemática escolar: Referentes a escolaridad actual, como antecedentes de problemáticas aludidas a cambio de establecimiento educativo, repetición de curso, conflicto escolar, absentismo escolar e interés manifestado por los estudios.
- Consumo de drogas: Aquí se recoge información de diferentes tipos de consumo como de edad de inicio de estos.

- Grupo de convivencia: Refiere información y antecedentes sobre la red de apoyo familiar que reside con el adolescente. Como lo son personas que conviven con el adolescente.
- Problemática familiar: Se recoge información sobre factores aludidos a antecedentes penales de los familiares del adolescente, drogodependencia o consumo habitual de alcohol y drogas de familiares y del propio adolescente, si los hubiere.
- Genograma: El gráfico ofrece información sobre: número de hermanos (incluido el adolescente), lugar que ocupa entre ellos, presencia de padre o madre ausente.

6. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Cabe destacar que para abordar temáticas aludidas tanto la violencia intrafamiliar u otras infracciones en el sistema de justicia juvenil no se puede limitar a la sola aplicación de determinados ordenamientos jurídicos y administrativos de control, aunque ello sea necesario. Resulta imperioso incorporar modelos de intervención ajustados a la realidad y necesidad de cada adolescente. Orientados a desalentar el desarrollo de conductas violentas o infractoras, y de esta manera incentivar la reinserción social considerando al adolescente como ser social y parte de un contexto que parte en la familia y desemboca en la sociedad.

Es por lo cual, que la presente investigación resulta pertinente en términos de intervención terapéutica, por cuanto mediante la metodología sistémica como es el Modelo de Milán se busca apuntar a la co-construcción del proceso de intervención con el adolescente derivado del sistema de justicia, como asimismo de su red de apoyo familiar y no desde un marco punitivo o directivo, que genera más resistencias y oposición al cambio. Modelo que brinda valoración el discurso familiar; desde una escucha desprejuiciada y flexible en sus estrategias de intervención; generando mayor adherencia y motivación hacia el tratamiento, focalizándose hacia un cambio genuino y no solo un cambio instrumental para cumplir un proceso formal desde lo legal.

El Modelo de Milán es un método que ha ido evolucionando en sus herramientas y formas de intervenir; lo cual lo ha llevado a ser un abordaje de corriente sistémico que se “aprende a aprender” (Bateson, 1986). Modelo que contiene ideas referentes al cambio que son fácilmente adaptables a diferentes sistemas familiares; siendo un aporte terapéutico, particularmente en casos donde la familia a intervenir como la presente investigación no ingresan a terapia de forma espontánea, sino que son derivados por un tercero, como es el caso del sistema de justicia en materia penal. Lo precedente lleva a que las metas terapéuticas sean consensuadas y alcanzables, ya que se orientan a micro logros; generando con ello la motivación y adherencia al tratamiento y, por ende, a desarrollar un mejor vínculo terapéutico. De ahí la relevancia del Modelo de Milán en la presente investigación, ya que brinda un espacio terapéutico donde el sistema familiar es co-constructor de su propio cambio, involucrándose estos de forma más activa en el proceso terapéutico (Boscolo, 1989). Además, el Modelo de Milán, al partir de la creencia de que el sistema familiar no crea al problema, sino que este crea el sistema; lleva a que el foco no se centre en ningún miembro de la familia en particular y ni siquiera en la familia como tal y/o alguno de sus integrantes se sienta atacado. Circunscribiendo el problema como juego familiar; conformado por un conjunto de

interacciones y coaliciones que se desarrollan alrededor del problema para conservarlo. Un concepto integrador es el de sistema significativo, el cual incluye además de la familia a todas las instituciones y personas que participan en el intento de aliviar los problemas de la misma; permitiendo este concepto poder abordar de manera sistemática los problemas característicos de una familia (Ceberio, 1997). De esta forma el Modelo de Milán, no solo se circunscribe a lo que acontece en la sesión de terapia, sino que trasciende; incorporando los sistemas significantes, como son las personas, ideas y los significados vinculados con el problema; donde estos son vistos y descritos por el observador y sobre todo por el observador mismo; incluyendo para ello también el contexto y la cultura imperante (Bateson, 1986). Lo cual lleva a ser un modelo flexible y abierto, incorporando procesos externos a la familia con la dinámica interna de cada uno de sus integrantes; brindando con ello a los consultantes del sistema familiar una gama más amplia de alternativas y posibilidades de trabajo terapéutico (Selvini Palazzoli, 1990).

Así, la presente investigación desde el abordaje clínico del Modelo de Milán; si bien se da cuenta de un caso clínico único exitoso; pudiera ser una herramienta terapéutica replicable a la práctica clínica; particularmente para aquellos casos donde la derivación no es espontánea, sino generada por una institución de justicia (poder judicial) ya sea del área Penal o de Tribunales de Familia, donde muchas veces son renuentes a ser intervenidos en un contexto obligado. Particularmente porque el Enfoque de Milán rompe con el esquema más directivo y acusatorio del sistema de justicia; por cuanto tanto las hipótesis de trabajo como las metas terapéuticas son co-construida con el sistema familiar; donde se desmitifica la idea de buenos y malos; lo cual genera mayor apertura y compromiso con el cambio. Conforme a lo anteriormente expuesto, la presente investigación pudiere ser también una contribución a la implicación práctica, ya que, se propone un modelo de intervención más flexible de co-construcción, que pudiere ser una alternativa para resolver problemas clínicos en el campo de las familias derivadas del sistema de justicia en un contexto obligado.

De hi la relevancia y aporte para la psicología clínica, la incorporación los modelos sistémicos como el de Milán, particularmente en aquellas instituciones que trabajan desde un contexto obligado, en el que la motivación al tratamiento no es espontanea, sino un contexto obligado. Donde muchas veces las problemáticas de estos quedan expuestos en un contexto poco resguardado; gatillando con ello una mayor fractura en los vínculos intrafamiliares. Por tanto, se hace necesario no solo intervenir con el adolescente derivado, sino con la red de apoyo familiar, ya que es ahí donde se originan problemáticas que llevan a adolescentes a tener conflictos con el sistema de justicia.

7. METODOLOGÍA

Orientación Metodológica

La metodología empleada en la presente investigación es de orientación cualitativa, por su carácter dialéctico y sistémico; por cuanto contempla que el conocimiento es producto de una dialéctica entre el sujeto y el objeto de estudio. El objeto, por tanto, fundamentalmente en el área de las ciencias humanas, es visto y evaluado (supuesto ontológico) por el alto nivel de complejidad estructural o sistémica, generada por el conjunto de variables biopsicosociales que lo constituyen (Martínez, 2006). A su vez, la aplicación del estudio de caso recobra relevancia en la investigación cualitativa, en el campo clínico; permitiendo observar las características de un paciente, evolución, percepción de la enfermedad, reacciones emocionales, el impacto de la enfermedad y/o problema que padece sobre su existencia, su vida familiar, el efecto de un tratamiento psicológico, etc. (Muñoz, 2010).

Material y Métodos

- a) Diseño: el estudio es de tipo empírico no experimental en contexto clínico. Empleado un diseño de narrativas de tópicos, orientado al estudio de caso.
- b) Muestra: caso único (n = 1). Criterio de selección de la muestra: no probabilística o dirigida (selección informal).
- c) Procedimiento: Estudio de caso único de intervención terapéutica. La evaluación e intervención se ha llevado a cabo mediante sesiones individuales y con el grupo familiar.

Situación previa a la terapia

El consultante es estudiante de 17 de años que cursa 4° año de enseñanza media, derivado a terapia por el Juzgado de Garantía de Antofagasta por dos episodios de VIF, donde en la primera oportunidad agrede verbalmente a su padre y en la segunda ocasión a su madre, amenazándola con un arma corta punzante, episodios que acaecen con una diferencia de dos semanas. Referente a la evaluación psicodiagnóstica previa a la terapia, el consultante se manifiesta refractario al control de figuras de autoridad, como a su vez renuente a ser intervenido psicológicamente. El cual exterioriza una postura rígida al cambio y a la incorporación de nueva información por parte de terceros a su repertorio

comportamental. La valoración de la conducta transgresora del consultante en esta etapa opera desde el locus de control externo, desplazando esta la responsabilidad a sus padres, no asumiendo la consecuencia de sus actos. Donde se niega a un cambio de conducta más adaptado, tanto en materia de resolución de problemas violentos como de consumo de droga. De acuerdo al contexto familiar y sociocultural, el adolescente se inserta en grupo familiar de origen biparental constituido legalmente, siendo es el segundo de tres hermanos del matrimonio. El consultante reside con ambos padres y su hermana menor, el cual alude que mantiene una comunicación de tipo evitativa, distante y confrontacional con su grupo familiar. La situación se viene generando desde ya hace un año, cuando los padres manifiestan intención de separarse, periodo donde se empiezan a presentar discusiones reiterativas entre el subsistema conyugal, donde el padre del consultante también ejerce VIF (verbal), hacia la madre del adolescente en dicho periodo. La situación de VIF afecta al adolescente, en especial en su autoconcepto y autoestima, como en las relaciones con su entorno, llevando a este a aislarse, ya que manifiesta sentirse inseguro al compartir con terceras personas, por miedo a ser rechazado y no aceptado por estos. En cuanto al vínculo entre el adolescente y sus padres, este no lograría visualizar a los padres como fuentes de seguridad y contención. Lo cual lleva al consultante a manifestar conductas de escape, como son el consumo de drogas como la marihuana, como forma de control de angustia.

A continuación, se detalla el procedimiento de terapia efectuado en la presente investigación:

Se trabajó mediante sesiones individuales, en el cuál se realizaron 24, donde de forma inicial y de seguimiento se empleó una pauta de entrevista semiestructurada; donde la entrevista inicial fue video registrado con previa autorización del entrevistado. La duración de cada sesión fluctuó entre 45 a 60 minutos. Previo a la explicación tanto de las entrevistas semiestructurada como de las sesiones terapéuticas, se realizó una introducción al tema a abordar.

Una vez derivada del Tribunal de Garantía la persona que se requiere intervenir; se contacta normalmente al miembro de la familia más implicado o interesado en el problema y su posible solución; en este punto se recogen las impresiones que el terapeuta ha tenido a lo largo de la ficha telefónica; donde concluirá ofreciendo cita a la familia para realizar la primera sesión de terapia; en la cual se les informa el motivo y características de la terapia y del estudio; detallando al consultante en qué consiste su participación, y periodicidad de las sesiones requeridas para el mismo. Luego, el

consultante firma un consentimiento informado de su participación en la primera entrevista con el responsable de la investigación. En la primera entrevista se recaba información de la familia nuclear (sociodemográfica y anamnesis). Lo anterior nos permitirá identificar el momento del ciclo vital en el que se encuentra la familia, así como las posibles dificultades y/o recursos de los que dispone la familia para manejar dicho momento. Seguidamente se realiza una definición del problema, donde el objetivo principal es recoger la definición de lo que le está sucediendo a la familia. Prontamente se informará a la familia sobre el número de sesiones, la duración (alrededor de una hora) y la periodicidad de las sesiones (quincenal y/o mensual en función de las condiciones del programa de tratamiento). Seguidamente se elabora un Genograma.

Pre-Sesión:

Es un tiempo de la entrevista que osciló alrededor de 30 minutos cuyos objetivos son revisar la información recogida en la ficha telefónica y elaborar hipótesis circulares en relación al funcionamiento familiar, así como la línea de trabajo a seguir durante la sesión. Donde se toma contacto telefónico primeramente con la madre del adolescente derivado a terapia coactiva, manifestándose está receptiva y colaboradora a la información solicitada en este primer contacto, develando cierta ansiedad por las consecuencias si su hijo no desea someterse a dicha intervención, como de la presencia de nuevos episodios de VIF. En la pre-sesión se revisa la información recogida en la ficha telefónica donde se entrevistó a la madre del adolescente. Seguidamente se programa los objetivos de la sesión, las áreas sobre las cuales será necesario indagar y las preguntas concretas, así como el orden en el que realizarlas, las cuales se van replanteando conforme a la información que proporcionen sus integrantes o los cambios que acontezcan. En la pre-sesión de las sesiones posteriores a la inicial, se revisan los datos más relevantes, así como las posibles tareas prescritas en la sesión anterior. Por otro lado, ante las mejorías realizadas por la familia se validarán las hipótesis inicialmente formuladas. En caso de no producirse una mejoría se valorarán las posibilidades de cambio de la familia en términos de síntoma, dinámica relacional y el efecto de la intervención.

Sesión:

La duración de las sesiones de terapia familiar oscila entre una hora y una hora y media aproximadamente y presenta un doble objetivo centrado en la evaluación y la intervención. En la primera sesión de terapia familiar se definió el contexto de la

intervención, como es la derivación a terapia en un contexto judicial obligado que obliga al programa a información del cumplimiento de esta medida. Manifestándose en la primera sesión resistencias por parte del adolescente derivado a terapia, develando una conducta marcadamente opositora y desafiante, insistiendo en querer irse y no hablar, el cual se mantiene sentado alejado de sus padres. Sesión que se inicia con: Presentación (el terapeuta se presenta y pide que cada miembro de la familia también lo haga, donde se presenta primeramente el padre, el cual manifiesta interés en participar en la terapia, pero insistiendo que la causa de sus problemas actuales es la conducta rebelde y consumo de drogas de su hijo, lo cual genera más mutismo molestia en el adolescente, apretando este sus puños, para luego cruzar sus brazos y mirar al lado contrario de sus padres; seguidamente la madre se presenta solicitando apoyo, para poder recuperar a su familia, manifestando temor en las consecuencias del no cumplimiento de su hijo a las indicaciones del tribunal y luego se le pide al adolescente que se presente, el cual solo hace referencia que en el acta de la audiencia está dicha información, donde interviene el padre llamando la atención de este, pidiendo permiso inmediatamente el joven para ir al baño donde retorna después de 10 minutos con su pelo mojado, solo consultando hasta que hora debe estar ahí, ya que desea irse. Seguidamente se proporciona a la familia orientación y se exponen las condiciones de la terapia: duración, periodicidad, entre otras y las condiciones técnicas: trabajo en equipo, grabación de las entrevistas familiares, entre otras. Donde las condiciones de la terapia son finalmente aceptadas por toda la familia, aunque el padre alude que este por motivos laborales le resultaría difícil concurrir a todas las sesiones, enfatizando que este cree que el que necesita realmente acudir a terapia es su hijo no los demás integrantes de la familia; igualmente se le manifiesta que será invitado posteriormente y se agradece su interés y presencia en la primera sesión, la madre ante dicha interpelación del padre opta por mantenerse callada en cambio el adolescente se ríe de forma burlesca, a lo cual el padre levanta la voz y refiere que dichas conductas son las que ya no tolera, bajando luego el tono de voz el padre pidiendo disculpas por su conducta. Luego se pasa al consentimiento informado que es de carácter explícito, invitando a cada uno de los miembros a firmar el contrato terapéutico, el cual es firmando por ambos padres y el adolescente sin mayores inconvenientes, donde el adolescente alude, que firmará ya que está obligado y no desea tener más problemas con la justicia. Estas condiciones también son conocidas como marcas de contexto y pueden ser recibidas por la familia de tres maneras: 1) aceptación (se establece la relación de complementariedad habitual en terapia), 2) no-aceptación (se negocia con la familia el aspecto concreto con el que no está de acuerdo) y 3) no-aceptación encubierta (no existe posibilidad de negociar. En estos casos la predicción de cambio terapéutico es muy baja).

En la sesión se identifican dos partes importantes:

1) La entrevista con la familia, la duración total de la sesión osciló entre una hora y una hora y media incluyendo las dos pausas comentadas con anterioridad. Los objetivos principales fueron: establecer la relación, evaluar la dinámica familiar en relación al síntoma, posibilidad de cambio respecto a la situación sintomática y elaboración de la intervención final. Por regla general, los objetivos de la entrevista se conducen mediante la formulación de preguntas centradas en dichos temas. En los momentos iniciales se orientó la intervención hacia preguntas abiertas para toda la familia, para facilitar que todos puedan participar ordenadamente, lo cual no siempre se cumplía, ya que cuando participaba el padre este era quien trataba de guiar la conversación, no dejando responder a los demás integrantes de la familia, los cuales optaban por guardar silencio, siendo solo desafiado por el adolescente, el cual interpelaba al padre manifestando a este que el padre no le importaba lo que opinara los otros integrantes de familia, guardando silencio posteriormente el padre. Consecutivamente se indica a la familia que es muy importante conocer la opinión de cada uno de estos, siendo necesario que cuando un integrante tenga su turno los demás solo deberán escuchar con atención, lo cual es aceptado por estos sin inconvenientes. Con la información obtenida se contrastan las hipótesis elaboradas en la pre-sesión (conflictos latentes en el subsistema paterno-filial y estilo de comunicación agresivo). El cambio en la situación sintomática inicial “violencia” se trata de conducir paulatinamente a la familia a considerar otras maneras de resolver los problemas y su vez preparándolos para que acepten tareas que se prescribirán al final de la sesión. Como parte del establecimiento de la relación terapéutica fue relevante mantener una escucha activa, a fin de afianzar el compromiso con el sistema familiar. La entrevista sigue un método de recogida del contenido que transita de lo más simple hacia lo más complejo, a fin de garantizar el cambio y hacer explícitos los recursos de la familia; donde la entrevista opera como instrumento de toma de decisiones y reporte de información del cambio. La información de no-cambio. Ante el incumplimiento de las tareas prescritas se enfatizó en conocer si las causas eran internas o externas al sistema familiar. Los cuales en su comienzo presentaron reticencias e incumplimiento, donde se tuvo que reajustar las tareas para que se adaptaran a las condiciones de la familia. Nótese que no es la familia la que debe ajustarse a la tarea sino la tarea a la respuesta de la familia. Transformándose la entrevista en un instrumento en la exploración de soluciones. En ocasiones, cuando la familia compartía ciertos temas privados, como la separación de los padres y la preocupación de los hijos por el futuro de la familia, contenidos que han sido ocultados o toman conciencia sobre su funcionamiento en sesión, es cuando el cambio empieza a movilizarse en la familia. Durante la entrevista, para producir una ruptura de una pauta

de interacción, se hizo necesario focalizarse en dicha pauta, intensificarla y ofrecer una alternativa más funcional, para que estos se comunicaran de forma no violenta. Convirtiéndose la entrevista en un instrumento para la toma de decisiones para generar estrategias de intervención. De esta manera, recoger información y diseñar una tarea adecuada para evaluar las posibilidades de cambio en relación a la dinámica familiar para así posteriormente diseñar las intervenciones considerando tres variables: la información obtenida, la intervención propuesta y las reglas que transforman la información en intervención.

La Intervención Final:

La fase entrevista final osciló alrededor de una hora, donde se logra el principal objetivo que es abordar los cambios en relación a la conducta sintomática “violencia intrafamiliar” como consecuencia de las orientaciones y tareas propuestas en terapia. Aquí se destacan los logros y avances de la familia, que pasa de una dinámica disfuncional con interacciones comunicacionales y conductuales violentas o una dinámica no violenta y más conciliadora. No generándose nuevas reincidencias o casos de violencia intrafamiliar entre sus integrantes.

La Post-Sesión:

Tras la finalización de las sesiones de intervención, a nivel terapéutico se destina alrededor de 10 minutos para contrastar la evaluación realizada hasta el momento y analizar la respuesta de la familia ante la intervención final; la cual resulta satisfactoria al no presentar nuevos episodios en el transcurso de la terapia, alcanzándose los objetivos propuestos a nivel terapéutico y judicial. Siendo valorado positivamente dicho resultado por la familia, connotando la terapia como un espacio de apoyo, que les permitió experimentar otra manera de relacionarse y comunicarse de forma no violenta entre estos; generado una mayor apertura y cercanías entre sus miembros.

La Última Entrevista:

Se estructuró de la siguiente manera:

- 1) Elaboración del final. Esta se comenzó en la primera entrevista cuando en las marcas de contexto se expone a la familia el número de sesiones al que se limitó el tratamiento.

- 2) En un formato de 12 sesiones, en la sexta se anunció a la familia que logros se han alcanzado en la terapia.
- 3) Al final de la décima sesión y como parte de la intervención final, se anunció a los integrantes de la familia que faltaban dos sesiones y se expone como parte del proceso terapéutico podría producirse una recaída ya que pueden pensar que van a quedarse sin el apoyo del equipo del programa. Con este mensaje se hace explícito que el tratamiento está en las puertas de finalizar y que la resistencia de ellos a que concluya la terapia puede hacer aflorar de nuevo alguna conducta sintomática. Se destaca que no se generen recaídas o quebrantamientos la media impuesta por el tribunal al adolescente.
- 4) Alrededor de la novena sesión, se pregunta al consultante si se ha producido alguna recaída que se anticipó en la sesión anterior. En caso negativo se reforzarían los logros, y en caso negativo, se normalizaría la respuesta como parte del proceso de cambio. Destacándose más avances que retrocesos, llegando a involucrarse y cooperar con la terapia todos sus integrantes.
- 5) La última entrevista se organizó de la siguiente manera: se pidió que la familia exponga los cambios alcanzados con las tareas y las estrategias descubiertas para manejar exitosamente la conducta que provocaba el problema que los trajo a terapia como es la violencia intrafamiliar; los cuales manifiestan una mejor apertura al diálogo, como el respeto por la opinión de los demás integrantes de la familia, efectuando una valoración positiva a las intervenciones donde estos participaron de forma gradual, siendo capaces de opinar y compartir todo juntos sin discutir, develando entre sus integrantes un trato más respetuoso. En este sentido, se le preguntó a la familia sobre qué es lo que podrían hacer para volver a recaer y qué es lo que tendrían que hacer para solucionarlo, donde primeramente el adolescente agrega que este aprendió a valorar y comprender más a sus padres y del esfuerzo que estos han hecho por ellos como hijos, sintiéndose actualmente mucho más tranquilo y augusto en su casa con sus padres, donde inclusive ha logrado hacer nuevos amigos que inclusive pueden ir a su casa y compartir con su familia; agregando también que en comienzo acudía al programa por temor a ser detenido nuevamente, pero a mediados de la terapia este lo empezó a hacer por él y su familia, lo cual le habría dado un real sentido a poder cambiar de verdad. La madre en tanto más afectada emocionalmente solloza y agradece la oportunidad brindada a su familia y felicita a su hijo por los logros alcanzados, sintiéndose orgullosa de su hijo. El padre, se acerca a su hijo y se dirige directamente a él y le pide disculpas por todas

aquellas cosas que lo pudieran haber dañado, en cual recalca que nunca había sido su intención, y que igual que su madre se siente orgulloso de él, incentivándolo a seguir luchando y alcanzar sus metas. Por último, la hermana menor del consultante, felicita a su hermano y sus padres, ya que ahora esta se siente augusto en su familia, ya que antes prefería pasar encerrada todo el día en su pieza escuchando música para no oír discusiones y descalificaciones. Finalmente, el programa de intervención concede el mérito del cambio a la familia y a sus propios recursos, connotando positivamente los logros alcanzados como familia.

El Seguimiento:

Pasado seis meses después de finalizar la terapia se retoma el contacto con la familia a fin de evaluar posibles problemas que hayan surgido y la eficacia de los métodos terapéuticos empleados en la terapia, donde no se reportan nuevos episodios de violencia intrafamiliar como tampoco nuevas denuncias judiciales. Es importante diferenciar que la entrevista de seguimiento no pretende continuar con la terapia, sino evaluar la eficacia de la misma.

- d) Instrumentos: los instrumentos de recolección de información usados fueron, la entrevista inicial semiestructurada video registrada al consultante, entrevistas de registro de proceso intervención terapéutica, entrevista a los padres y hermana del consultante y entrevista video registrada pos-intervención terapéutica consultante y madre. La entrevista semiestructurada permite obtener información verbal, la cual concederá las significaciones mediante los actos del habla o dialécticos, así como los gestos, las expresiones faciales, los movimientos del cuerpo que son parte de la totalidad del mensaje arrojado por los sujetos en intervención terapéutica. Permitiendo conocer en conjunto con su discurso la indagación en sus sentimientos, emociones llegando así a su mundo interno, para pesquisar el cómo se vive, cómo le o les afecta la situación que se desea investigar. Este instrumento, posibilita crear un diálogo abierto, sobre una base de preguntas que toma aquellos aspectos que son relevantes, para los objetivos de la presente investigación.
- e) Análisis de datos: La base de una investigación de tipo cualitativa, con un análisis de datos exploratorio; donde el objetivo es indagar un tema o problema de investigación. Destacando que el abordaje exploratorio, se emplea en estudios relativamente estudiado o que no ha sido abordado antes. Basándose en el análisis de narrativas (componentes paraverbales - no verbales y componentes motrices). Por tanto, el análisis de datos se basará en las narraciones o método conversacional-discursivo; fundada en las técnicas de

entrevistas semiestructuras individuales y familiares. La entrevista semiestructurada es una técnica de entrevista individual y/o familiar caracterizada por la existencia de una pauta de entrevista, lo que involucra que el investigador enfoca ciertas temáticas de acuerdo a sus intereses investigativos y/o de intervención.

Resultado de las intervenciones realizadas

Se intervino bajo el postulado de no directividad del terapeuta respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consistió en liberar a la familia del consultante de la rigidez de su sistema de creencias atribuidas a la resolución de problemas y la forma de comunicarse de manera agresiva por parte de sus integrantes, para que posteriormente sean estos mismos que encuentren el cambio más beneficioso, que les permita acceder a una dinámica familiar más funcional y menos cargada de conflictos entre sus integrantes. El cambio se logró producir, por cuanto se reemplaza el juego familiar que los mantenía atrapados “resolución de problemas de forma violenta” por otro juego menos perjudicial “apertura del diálogo y complementariedad de los subsistemas”, ya que todo grupo familiar requiere de un juego que regule su vida como sistema. Viéndose afectados y modificados los dominios afectivo, cognitivo y conductual, como ciertas percepciones y creencias familiares sobre la resolución los problema que puedan aquejar a los integrantes de la familia. La intervención terapéutica llevada a cabo con el consultante y su entorno familiar, fue desarrollada bajo tres premisas básicas que guían las preguntas de hipótesis, circularidad y neutralidad. Técnicas que permitieron intervenir mediante la prescripción paradójica, connotación positiva, rituales y prescripción invariable.

Técnicas de Intervención

- Contraparadoja: Técnica de intervención que tiene un doble mensaje terapéutico, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencia de los padres, por una parte se comunica a la familia que sería bueno que cambiara y por otro lado, que no lo haga (doble vínculo terapéutico “hagan lo que hagan están bien”).

A continuación se transcribe parte de la intervención terapéutica.

T	Terapeuta
M	Madre
P	Padre
C	Consultante
H	Hermana

T: *¿Qué preocupación los trae a terapia actualmente?* El terapeuta aplica preguntas circulares respecto de la temporalidad presente.

P: *Tenemos un gran problema que nos preocupa como familia que no podemos resolver...sentimos temor que nuestro hijo termine en la cárcel por su conducta...mire a que llegó a no respetar ni a su madre...ya ni la respetan...la mano firme soy yo...mi mujer no se sabe imponer.*

T: *¿Desde cuándo tienen esa preocupación?* El terapeuta amplía el foco haciendo una pregunta de interacción al pasado.

M: *Así como ya hace casi un año, pero más grave hace 5 meses.*

T: *¿Quién me podría explicar cuál es el problema?* El terapeuta plantea una pregunta para confirmar su hipótesis del problema.

C: *El problema está claro soy yo.*

T: *¿Por qué dices que eres el problema?* Se hace una pregunta explicativa referente al presente.

C: *Toda la culpa me la echan a mí... si al final son ellos los problemáticos, que pelean todo el día, es un infierno esa casa...solo quiero que me dejen tranquilo.*

T: *Desde que tus padres pelean se acentuó el problema que lleva al tribunal derivarte a nuestro programa.* El terapeuta esboza claramente la hipótesis de la estructura familiar y la vuelca a toda la familia, ya que ésta se fundamenta en la rigidez en la cohesión familiar, la que se precipitó en el consultante, con la VIF hacia sus padres.

C: *el problema no soy yo son ellos...si me dejaran tranquilo y no metieran en mis cosas nada pasaría...y al final la marihuana es más sana que fumar cigarrillo.*

M: *Esa situación nos tiene muy mal... ¿lo escucha?...está muy agresivo mi hijo con nosotros y más encima consume esa porquería de marihuana...por eso necesitamos ayuda de ustedes como profesionales...los problemas con el papa e ellos es otra cosa, nada que ver con la conducta de él...debe hacer lo que nosotros le digamos.* Se ratifica la hipótesis de la rigidez o fuerza centrípeta de la familia, donde el caos es frecuente y se manifiesta más de forma verbal que conductual, existiendo una disfunción el subsistema conyugal, en el que uno de los miembros es el que tiene el control (padre) y el otro es sumiso (madre), dándose coaliciones (padres-hijo).

T: *Por lo que ustedes relatan, tanto como padres e hijo, ninguno siente que tendría problemas con sus conductas actuales, sumado a que se sienten bien cómo es cada uno, entonces para que cambiar algo que los hace sentir bien actualmente.*

M: *cómo es eso...no entiendo, si está mal lo que hace...si estar peleando todos los días es malo y agota...ustedes deben ayudarnos.*

P: *A ver...las reglas las ponen los padres, mientras vivan con nosotros...pero creo también que debiéramos poner cada uno de nuestra parte.*

H: *Huy todo igual... ¿no sería un caos?...son terribles cuando pelean.*

C: *Mire si igual tenemos nuestros problemas como cualquiera...más encima me envían aquí por un año...podemos ver qué pasa...igual fome vivir así...tanta mala onda y peleas...aburre.*

Aquí el terapeuta emplea la técnica de contraparadoja a la prescripción del síntoma, como forma de intervención con un doble mensaje, que busca prescribir la secuencia lógica relacional que ha sido connotada positivamente, con esto se pretende dar un paso terapéutico, ya que el síntoma, al que se define como esencial para la estabilidad de la familia, es prescrito a la familia por el terapeuta, que les recomienda seguir con las conductas sintomáticas, al menos por el momento. Por otro lado, se invita a la familia a persistir en sus modalidades de conducta habituales. El terapeuta prescribe el síntoma como algo espontáneo que el consultante, empero, no estará ya en condiciones de realizar espontáneamente por el hecho mismo, de que le ha sido prescrito. El consultante y su familia se ven empujados hacia un callejón sin salida del que no puede escapar sino rebelándose contra el terapeuta, es decir, abandonando el síntoma. La resultante crisis y la respuesta del terapeuta a ella obliga a la familia a encontrar nuevas vías diferentes a sus dinámicas conflictivas actuales, empleando conductas menos confrontacionales y agresivas entre sus miembros.

- Prescripción paradójica: Se prescribe la secuencia problemática del consultante “re connotándola positivamente; técnica que tiene como objetivo de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias de la familia; provocando paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar. El procedimiento, consiste en: connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente. (Selvini Palazzoli, 1980).

Donde en la familia del consultante se develan coaliciones atribuidas al control rígido entre el subsistema parental con el consultante, que los lleva a establecer una comunicación interferida por contenidos agresivos, generando desequilibrios y disfuncionalidad en la dinámica familiar.

Ejemplificación de intervención:

A continuación se cita un ejemplo de prescripción paradójica; donde se le explica a los miembros de la familia que sería bueno que cuando detecten que el consultante consumió marihuana u otra droga, no lo critiquen y solo le pregunten amablemente

cómo se siente y si quiere algo para sentirse mejor, pero sin retarlo o agredirse verbalmente; indicando a estos que lo anterior los ayudaría a permanecer fuertemente unidos como familia. Donde se le dice luego al consultante en sesión individual, que sus padres y hermana menor están muy asustados por el peligro que corre cuando consume marihuana y que cuando están muy asustados por esta situación, se juntarán y hablarán de cómo pueden ayudarlo. En sesiones posteriores se logra constatar que los padres fueron capaces de poner en práctica la prescripción entregada en la sesión, no generándose conflictos y/o agresiones verbales entre las partes, donde inclusive el consultante llegaba más temprano casa, develando menos indicadores de consumo de marihuana; también agregan que estos en una primera instancia no querían seguir prescripción, porque justamente estos querían corregir a su hijo y no veían que la prescripción ayudara, pero la hija menor les insisto que lo hicieran, donde luego se dieron cuenta que su hijo los miraba con extrañeza cuando le preguntaban cómo se sentía y si quería algo para sentirse mejor, no generándose discusiones, inclusive el consultante empezó a disminuir las salidas y los indicadores de consumo de marihuana. En sesión individual posterior el consultante e manifiesta que cuando sus padres le consultaban como se sentía y si quería algo para sentirse mejor, se sería primero extrañado, ya que dejaron de gritarle, y después ya le daba vergüenza salir y llegar pasado a marihuana, donde finalmente este reporta que disminuyo de un consumo diario de marihuana a uno de fin de semana solo los sábados, y que inclusive ya no siente esas ansias de salir a la calle a consumir marihuana, reportando sentirse más tranquilo.

- Connotación positiva: se efectúa una valorización positiva a una declaración o un hecho presentado de forma negativa atribuida a la violencia intrafamiliar, realizando una connotación positiva total de la situación familiar. La intervención terapéutica prescribe el síntoma del paciente designado “consultante”; connotando positivamente tanto el síntoma como los comportamientos sintomáticos de los demás.

Citas de Narrativas:

M: *Mi hijo ya no respeta nada, mire que voy a su pieza a ordenar y me hecha...me grita y me dice que soy un a metida.*

T: *Quizás su hijo realizó es acción de pedir que se fuera de la pieza, porque él es cuidadoso con sus cosas (atributo) y desea ordenar su pieza y no la quiere preocupar (intención).*

M: *No creo...si deja todo tirado...uno ordena y después se enoja.*

T: Bueno como tarea de ahora en adelante Ud. como mamá no le va ordenar más su pieza ni su ropa, así usted respeta su privacidad y a él le gusta mantener su propio orden, ya que es cuidadoso con sus cosas.

C: Si tampoco es para tanto...si igual puede ir pieza...que me toque la puerta no más y no hay drama...

Aquí se connota positivamente el síntoma y las conductas de la madre; donde se busca dar un significado positivo a una afirmación o un evento presentado de forma negativa. A modo de ejemplificación se muestra el evento aludido al orden de la pieza, donde el joven lo ve como una intromisión a su privacidad, pero que este no está tampoco dispuesto a hacerse cargo de ordenar, provocándose un doble mensaje, al pedir que su madre no le ordene más sus cosas. Al efectuar seguimiento de dicho caso, se logró contar con la colaboración de la madre, la cual por un periodo de un mes no le lavó su ropa y tampoco ordeno la pieza, donde el consultante, en varias oportunidades, se acerca a su madre a pedir a esta de forma más cordial que le limpie y lave la ropa, donde la madre le responde en buenos que esta no quiere generar a este más problemas, y que de ahora en adelante respetara su privacidad. Llevando inclusive al joven a ayudar a su madre en algunas labores del hogar que antes no había realizado. Ahora la madre, si bien la ordena y limpia la pieza, toca primero la puerta antes de entrar, pidiendo permiso para entrar, no generándose nuevos episodios problemáticos aludidos al espacio más personal de la habitación del consultante, que generaba discusiones. Esta intervención de tipo cognitiva está orientada a restituir en el consultante y en su familia una imagen de personas equipadas de recursos suficientes para afrontar y resolver el problema por el que consultan. Destacando que para lograr el presente cambio actitudinal; el primer objetivo fue poder identificar e intervenir en aquellos aspectos que la familia considera disfuncionales, en búsqueda de la cohesión y estabilidad del sistema familiar. Enfatizar que el cambio de atribuciones debe afectar no sólo a la conducta del “paciente identificado” o consultante, sino asimismo a la secuencia sintomática en la que están involucrados los otros miembros de la familia.

Citas de Narrativas:

T: ¿Cuéntame porque crees tú que te derivaron a nuestro programa?

C: No se...que quiere que le diga...

T: ¿Desde tu punto de vista cuéntame cual fue la situación que te derivó a terapia?

C: No es mi problema...sabe...estoy chato que me estén preguntado una y otra vez que paso.

T: *Te agradezco tu sinceridad y te felicito por la desenvoltura con que hablas de tus problemas que claramente son situaciones que debe ser muy difíciles de tratar.*

C: *Ya...le voy a contar...pero no le esté contando cosas a mi mama, ya que ella después empieza a molestarte.*

Aquí se emplea la connotación positiva de la conducta que el constante exhibe en la sesión, aunque esta conducta exprese carencia, como es la de mantenerse hermético. Donde en la misma sesión el consultante, posterior a la connotación positiva a su mutismo para hablar sobre la razón que lo deriva a terapia, este si bien pone condiciones aludidas a la confidencialidad, este termina cediendo, pasando a una posición más colaborativa.

- **Rituales Familiares:** se emplean en la presente investigación, que son útiles para derrumbar mitos familiares; que operan como convicciones que el grupo comparte, y que establecen el tipo de relaciones de los miembros de la familia. Al tratar de alterar o substituir los rituales por nuevos rituales prescritos por el terapeuta, los mitos suelen derrumbarse.

Ejemplificación de intervención 1:

Se cita a todos los integrantes de la familia, donde se explica y entrega por escrito la prescripción del ritual familiar, las cuales son leídas por los miembros de la familia. Donde se les pide que por un mes, todos los sábados y por una hora, primeramente el padre le indicará a la madre cómo tiene que proceder con ambos hijos. El padre tomará nota de si la madre se condujo conforme a sus instrucciones, y posteriormente, ya a solas, discutirán las notas. A mediados de mes, se invierte los roles, ya que la madre prescribirá las reglas y el padre las ejecutará, la madre tomará notas que serán discutidas en la misma forma. El último sábado del mes, ambos padres realizarán una retroalimentación de dichos roles. Es posible concluir que el ritual logro favorecer a la madre, específicamente a aceptar las condiciones del cónyuge sin sentirse menoscabada y, conjuntamente, acceder una posición nueva sobre la familia, donde pueda ser escuchada no solo por sus hijos sino, que pueda ayudar a abrir el dialogo referente a los cuidados y roles compartidos. Referente al padre, le permitió realizar aquello que demanda, como es la necesidad de que la madre se conduzca de manera diferente con los hijos, logrando punto de encuentros mediante el dialogo al efectuar las notas y la retroalimentación de fin de mes. Al mismo tiempo, les permitió experimentar las ventajas de un nuevo vínculo parental/marental/conyugal, ya que no operaron desde lo impositivo de forma unidireccional, sino que lograron consensuar estilos de crianza para

sus hijos, empleando roles compartidos. Luego en sesión cada uno relata su experiencia, efectuado estos en general una valoración positiva, ya que les permitió acercarse desde el dialogo y no desde la imposición de forma agresiva. Manteniendo los padres el dialogo para ponerse de acuerdo a como conducir a sus hijos.

Ejemplificación de intervención 2:

Se le indica a la familia que por quince días, los cuatro miembros de la familia a la hora de once cuando estén todos en casa tendrán que sentarse alrededor de la mesa del comedor, sin ningún otro objeto más que un despertador que se ubicaría en el centro de la mesa y que cada uno de los miembros de la familia, por turno y por orden de edad, tienen la disposición de 10 minutos para hablar. En el cual podían expresar sus propios sentimientos, impresiones y observaciones con respecto a las conductas de los miembros de la familia. Ahora bien, quien no tuviese nada que decir debía quedarse en silencio todo el tiempo que se le había asignado, así como también el resto de los integrantes de la familia. En cambio cuando uno de ellos hablaba, todos deberían escuchar. Se prohibía todo comentario, gesto, expresión mímica, interrupción. Estaba también totalmente prohibido retomar el tema fuera de la hora fijada. Todo debía limitarse a la reunión de la tarde, ritualmente estructurada. Con respecto a los miembros de la familia, se prescribió un redoblar gestos de gratitud y/o agradecimiento y de colaboración mutua.

Citas de Narrativas:

T: ¿Creen que esta técnica les ha ayudado? ¿En qué forma? El terapeuta realiza una pregunta explicativa respecto del planteamiento sistémico del problema o de la hipótesis planteada por el terapeuta sobre la disfuncionalidad y/o conflictividad en la forma de comunicarse de sus integrantes.

M: Ahora conversamos sin discutir ni pelar, incluso hemos estado más unidos cuando hemos tenido algunas dificultades, especialmente económicas ya que mi marido se debe jubilar y no va a recibir la misma plata y ya conversamos que con la costuras yo también iba a ayudar a la casa.

P: Estoy agradecido por todo el apoyo, y agradecer a mi esposa y mi familia, ha sido bueno aprender cosas nuevas y que unidos podemos estar mejor.

C: Me siento bien como estamos ahora, creo que esto de venir para acá nos ha ayudado como familia...no sabía todos los problemas que tenían mis papas y sus preocupaciones

de ellos de darnos educación, estoy muy agradecidos de ellos, son personas muy esforzadas.

H: Ahora me dan ganas de llegar a la casa, me encanta ver a mis padres y hermano tratándose bien, nos cuidamos más ahora, no nos decimos cosas feas.

El ritual, como puede verse, apuntaba a distintos fines que pueden sintetizarse así:

- a) Volver a dar al consultante su puesto de miembro con pleno derecho dentro de su núcleo familiar.
- b) Estimular la alianza intergeneracional entre los dos hermanos.
- c) Avalar, sin decirlo explícitamente, el derecho de cada uno para expresar las propias percepciones, sin ser contradicho ni descalificado.
- d) Exponer a la ansiedad del silencio al miembro eventualmente reticente.
- e) Impedir la persistencia de coaliciones secretas mediante la prohibición de retomar el tema fuera de las reuniones.

En definitiva la familia finalmente siguió el ritual y se presentó a la siguiente sesión más colaborativa, donde había un mayor diálogo ente sus integrantes. El consultante, inclusive fue capaz de contar que dicho ritual les permitió romper el hielo, donde primero se habían puesto nerviosos y luego les había dado mucha risa y vergüenza, pero que de a poco se habían empezado a relajar, logrando hablar de forma más espontanea, llegando inclusive a usar los 10 minutos, donde entre todos llegaron poner y retirar la mesa y mantenerse todos juntos mientras tomaban once. La intervención terapéutica finalmente permitió abrir el dialogo entre todos sus integrantes, generando cambios y retroalimentación entre sus integrantes, como de hablar de sus problemas pero no desde el enojo o rabia.

Análisis de la Información

Se empleó el Análisis de Contenido por Categorías “A Priori” se trata de un procedimiento para diferenciar, separar y priorizar los contenidos de los relatos aportados. De esta forma permite poder pesquisar y distinguir los tópicos y lugares frecuentes que surgen en los discursos del sujeto convocado; donde se busca rescatar temáticas, ideas y expresiones que se plasman en las narrativas recolectadas (Echeverría, 2005). Asimismo, este análisis brinda la oportunidad de distinguir, separar y jerarquizar los aspectos relevantes de las narrativas del sujeto en terapia, para una mejor comprensión de los Contenidos que surgen en las sesiones. Empleándose a su vez el

análisis a priori, por cuanto es un caso único previamente definido y elegido, que permite tener una aproximación a los cambios que se pueden promover desde la terapia sistémica del Modelo de Milán en el tratamiento en un contexto obligado, por un delito de lesiones en contexto de violencia intrafamiliar.

Las fases del procedimiento comprendieron los siguientes cuatro pasos (Echeverría, 2005):

En primer lugar se definen los elementos globales a investigar, las cuales están contenidas en transcripciones de las entrevistas; para posteriormente operacionalizar dichas categorías, explicitando que tipo de contextos, ideas u opiniones corresponderían concebirse como segmento de cada categoría.

En segundo lugar, después de obtener categorías ya seleccionadas y determinadas, se procede a establecer o clasificar las citas apartadas dentro de alguna de las categorías.

En tercer lugar, se define lo que se concibe por cada categoría, con el objetivo de ejecutar la clasificación de citas lo más coherente y riguroso posible.

En cuarto lugar, y luego de haber establecido todas las citas a las categorías predefinidas, se procede a la construcción de tópicos.

Las Categorías Conceptuales centrales:

1. Co-construcción del problema
2. Experiencia de la Terapia

Consideraciones Éticas:

Para la ejecución de esta investigación, se utilizó una carta de consentimiento informado, la cual fue explicada y firmada por al sujeto analizado y su familia, conforme a la pauta de la Universidad de Valparaíso. Explicitando que autorización es voluntaria para el uso académico del material trabajado en las sesiones terapéuticas.

8. RESULTADOS

Análisis Exploratorio

En el presente apartado se presenta una descripción breve de fragmentos de la entrevista en profundidad desarrollada en la intervención clínica. Los resultados se trabajaron en dos momentos: primero; identificando y describiendo los fenómenos relacionados con la Categoría de “Co-construcción del Problema”, así como también los que se relacionan con la Categoría ‘Experiencia de la Terapia’, construyendo conceptos y unidades de análisis; para seguidamente analizar estas de manera interpretativa, desde algunas categorías desde el Enfoque Sistémico de Milán.

Esquema de Categorías y Tópicos

Categorías (A priori)	Tópicos
Co-construcción del problema	Percepción del comienzo del Problema
	Soluciones Intentadas
Vivencia de la Terapia	Expectativas de la Terapia
	Percepción de Cambio

Categorías (A priori)

- 1. Co-construcción del problema:** La co-construcción entre interlocutores cobra relevancia, por cuanto las narrativas se convierten en un canal emergente de la conversación social (Goncalves, 2002). Esta co-construcción tiene como objetivo poder entender por qué los consultantes acuden en este momento a terapia. Focalizándose en el síntoma y la petición de cambio tanto del adolescente como de su familia; para así poder clarificar cuál es el problema que ellos traen a la consulta, más allá de una derivación a terapia en un contexto obligado por un Tribunal de Garantía (Boscolo, 1996; Selvini Palazzoli, 1991). Explorando cuál es la ayuda que estos necesitan; permitiéndonos un para qué, con un objetivo de intervención co-construido entre las partes, que sea alcanzable, fortaleciendo el rol de la familia y generando un encuentro colaborativo (Goncalves, 2002). Esta categoría está compuesta por elementos cognitivos (lo que se vinculan como modelo explicativo o atribucional), elementos comportamentales (las acciones implementadas por el

adolescente su familia) y mecanismos afectivos o emocionales (sentimientos o estado emocional que acompaña al problema) (Krause, 2005).

1.1 Percepción de comienzo del problema: La Percepción del origen del problema alude a dimensiones desencadenantes o precipitantes del conflicto, vinculado a eventos, circunstancias de crisis y/o acciones/actitud, seguido de afectos o emociones y su contexto, (Krause, 2005).

Ilustración de narrativas:

Desencadenante del conflicto:

“Todo empezó cuando mis papás se estaban separando...fue muy difícil para mí...peleaban todo el tiempo y eso me hacía mal...me estresaba...no quería estar en mi casa...y ahí empecé a fumar marihuana para liberarme y no pensar...pero mi mamá me encontró hierba y empezó otro problema”.

“Mi mamá le conto a mi padre lo del atao con ella y cuando venía llegando de un carrete en la noche donde había tomado varias cervezas...mi papá me estaba esperando y comenzó a retarme y me dio mucha rabia y lo insulte también, y para que se callara tome un cuchillo de esos de mantequilla y le dije que si no se callaba lo iba a matar...pero no lo iba a hacer...solo era para que se callara...ahí mi hermana y mi madre se metieron y me fui a mi pieza a dormir...otra día en la tarde mi mama me estuvo molestando todo el día con el tema de la marihuana, que era un drogadicto y eso no es así, solo es para el relajo...y me dio rabia y no sé qué me pasó y la empiezo a insultar y la empujé para que se fuera de mi pieza...y después llegó Carabineros y me llevan a la Comisaría...me sentí muy mal...no sé qué me paso...yo no soy así...solo quería que me dejaran tranquilo...y ahí me envían del tribunal para acá a este programa de SENAME...”

Las citas anteriores, dan cuenta de elementos precipitantes y gatillantes del problema, que se inician con conflictos de parte del subsistema conyugal, aludido a la separación de los padres del consultante, desencadenando en el consultante conductas evitativas de consumo de drogas, como de comportamientos agresivos, generándose con ello una disfunción del sistema familiar. Esto último, genera que los padres denuncien al sistema de justicia, donde posteriormente es derivado el consultante a un programa de Salidas alternativas del SENAME, para intervención psicosocial. Lo anterior da cuenta que los entrevistados en el inicio de la terapia, exhiben una serie de ideas, creencias y/o

constructos subjetivos; que son sindicados como circunstancias que dan origen a la percepción del inicio del problema Krause (2005).

Acciones y/o Actitudes de terceros:

“Mis padres estaban siempre encima mío, no confiaban en mí, no me entendían, y fue para peor y más fumaba marihuana...más me alejé de ellos...me tenían aburrido con sus problemas...todos los días peleas y más peleas...no quería estar ahí...”

“Si mis padres no pelearan tanto y fuéramos como la familia de antes esto no estaría pasando...yo tena una vida tranquila...piola...mire ahora...mis padres me denuncian como un delincuente...na que ver”.

Las citas precedentes, narran sobre atribuciones que efectúa el consultante a las acciones y/o actitudes de terceros sobre el inicio del problema, que lo deriva a consulta por disposición del Tribunal; como es el caso de sus padres.

Afectos o emociones

Confusión: “No sé por qué me enviaron acá a este programa, yo no soy un delincuente...no sé porque mis padres me hicieron esto...quizás quieren verme lejos o preso...no sé...”

Ansiedad: “Esto me tiene muy mal, no quiero estar preso, ando nervioso y más ganas de fumar Ud. sabe eso...la marihuana...ahora mis padres no me hablan...me estoy psicoseando con esto”.

Enojo y rabia: “Me da mucha rabia que mis padres no me entiendan y solo me reten...chi y más encima me hechen los pacos como un delincuente...si son ellos el problema no yo...dejan la embarrá y después uno es el malo...no es justo”.

Depresión: “Ahora me dan ganas de estar todo el día acostado...me da flojera salir...no quiero hablar con nadie...me da lata...y más encima me molestan porque no me levanto y antes por que salía mucho...quien los entiende...no tengo ganas de na...más encima venir a este programa y hablar una y otra vez...me cansa”.

Culpa: “Puede ser que se me paso la mano cuando me enojé con mis papas, pero yo nunca les haría algo malo...si igual los quiero aunque me tiene chato...quizás estuvo mal lo que hice...pero no me dejaban tranquilo”.

Miedo: “Ahora ando más preocupado, prefiero encerrarme y no hablar con mis padres...es para puro atao...no quiero que me encierren...donde están esos cabros malos malos, esos son delincuentes...no quiero estar ahí...”

Las citas anteriores, narran los afectos o emociones manifestadas de forma más predominantes por el consultante; vinculadas a los desencadenantes o precipitantes de la percepción del comienzo del problema que lo deriva a terapia por el sistema de justicia.

Contexto del Problema

Disfunción familiar (VIF¹) “consultante”: “Todos los días hay peleas, gritos...ellos son los violentos...mis papás solo me culpan a mí ¿y ellos?...quien les dice algo. Me tengo que tapar los oídos para no escucharlos...más encima la casa es re chica, todo se escucha...mi papá también ha empujado a mi mamá...me da rabia...eso está mal...yo lo hice porque estaba cabreado...pero no por maldad...no debí insultar a mis padres y amenazarlos...pero aburren...no quiero que se separen, pero las peleas me tienen chato, quiero que sea como antes...una familia unida...hacíamos más cosas como familia...salir esas cosas...era bacán.”

Disfunción familiar (VIF) “madre”: “Tía, ya no sé qué hacer con él (hijo)...no me hace caso, yo le hablo y no me dice nada o se enoja...me deja hablando sola...tengo miedo que se convierta en un drogadicto y termine por ahí botado o en la cárcel...esto es muy terrible para nosotros...nunca habíamos estado en un tribunal...qué vergüenza...antes no era así...era un niño tranquilo...con mi marido tenemos algunos problemas y sus diferencias...pero como toda familia...no es para que haga esas cosas de andar fumando esa porquería y se comporte tan violento”.

Disfunción familiar (VIF) “padre”: “Mire esto es bien simple, él está a cargo de nosotros como padres y debe respetarnos...él quiere hacer lo que quiere y mandar y eso no corresponde...imagínese que me faltó el respeto a mí y a mi esposa no le hace caso y podría haber sido peor...yo estoy muy enojado con el...es verdad que casi no le hablo...pero debe aprender que hay cosas que se deben respetar...los problemas con la mamá de él, son nuestros problemas, el solo debe dedicarse a estudiar...mire que ahora le dio con la tontera de la marihuana...nosotros nunca le hemos dado un mal ejemplo, nosotros no tomamos ni fumamos...solo queremos lo mejor para él y su hermana...pero

¹ V.I.F.: sigla que alude a la Violencia Intra Familiar.

debe aprender a respetar a sus padres...como si no hubieran suficientes problemas en la familia, imagínese que ahora estoy obligado a jubilarme como inspector en el colegio donde trabajo, y eso cambia muchas cosas...la familia no se da cuenta de todos los sacrificios que hace uno, son muchas preocupaciones...más esto...es mucho”.

Disfunción familiar (VIF) “hermana menor”: “Todo esto es muy fome, ya nadie se habla en la casa...entiendo a mi hermano esto de los problemas de mis papas igual me afecta...pero no debe hacer esas cosas que al final nos separan más...solo quiero que nos ayuden y así ser una familia más normal...las peleas y los gritos ya me tienen aburrída, prefiero estar todo en día en el colegio...al final llego a la casa y nadie se habla y cuando hablan se gritan”.

Las citas previas, aluden a narraciones sobre el contexto familiar inmediato donde converge el problema que los deriva a terapia; rescatando aquellos relatos de mayor relevancia entre los entrevistados (consultante, padres y hermana menor). Prevalciendo como conflictiva, la disfunción familiar por VIF. Esta convivencia que los mantiene atrapados está representada por la descripción y la percepción del adolescente, sus padres y hermana sobre dicho contexto. La anterior emerge en el contexto familiar inmediato, siendo posible percibir un ambiente que está caracterizado por las discusiones y agresiones verbales entre sus integrantes; detectando un diálogo irrumplido por deferencias de posturas de parte de sus integrantes, donde no se ha generado un acercamiento para conocer la percepción y el sentir del otro, y de esta forma poder abrir el diálogo entre las partes; llegando a rigidizarse las posiciones de sus integrantes. Lo anterior nos permite acercarnos al contexto familiar, entendiendo a este como el entorno en el que se da una concomitancia de escenarios vitales tanto a nivel del consultante como de sus padres, que complejizan las relaciones familiares entre estos. Incidiendo varios factores que propician el aumento de conflictos; primeramente, el consultante al ser un adolescente que se encuentra todavía en una etapa del desarrollo donde se da una serie de alteraciones del humor e irritabilidad; donde sus funciones cognitivas se van consolidando y emergiendo cuestionamientos de figuras relevantes y de autoridad como sus padres; reafirmando sus percepciones más con el grupo de pares, debilitándose esta función por parte de la familia (Hoffman, 1987). Por otra parte, los padres se encuentran en la etapa vital de la crisis de la mitad de la vida, donde se encuentran en una crisis del subsistema conyugal, que está afectando el subsistema familiar; donde se han rigidizado los canales de comunicación, no siendo estos permeables en la actualidad generando distanciamiento entre las partes (subsistema conyugal, parental y fraterno) (Minuchin, 1986). Complementario a ello, el padre del consultante se encuentra en un ciclo vital de culminación de la vida laboral “jubilación” que está generando conflictos que no ha

logrado resolver, que lo han llevado a sobrecargar de estrés a la dinámica familiar. (Minuchin, 1986).

1.2 Soluciones intentadas: Es el segundo tópico de la categoría central de la “Co-construcción del problema”. Que se entiende como el o los intentos del consultante y su entorno familiar para dar solución al problema, (Selvini Palazzoli, 1990; Bateson, 1986). Se consideran tres dimensiones, como son las actitudes y/o acciones efectuadas por el adolescente para resolver la situación problema, seguido por los apoyos percibidos por el adolescente de solución al problema y, por último, los afectos u emociones vinculados a los apoyos observados (Minuchin, 1986).

Ilustración de narrativas:

Búsqueda resolución problema por consultante: “No le había contado a nadie de mis problemas...porque son míos...no me gusta hablar mucho de estas cosas...es incómodo...fome...ni menos ir a un psicólogo o esas cosas...no pensé que era para tanto...antes no quería hablar del tema...me daba rabia...ahora igual fome...prefiero estar solo”.

Búsqueda resolución problema familia del consultante: “Mi mamá le pone más color...a ella le da que los psicólogos nos van a ayudar...y cree que es bueno lo que paso en el tribunal...jura que fue la media solución...y mire ahora yo soy el malo...no es justo...más problemas ahora”

Apoyos percibidos por el consultante: “Mi hermana menor que tiene 13 años...es la única que me entiende...no me critica...igual me aconseja...pero no me está gritando o encima mío molestando”.

Afectos u emociones vinculadas a los apoyos observados: “Cuando ocurrió todo esto y me enviaron para acá tenía mucha rabia y no quería hablar con nadie y menos con mis padres...pero ahora que ha pasado tiempo...como 3 meses parece, como familia podemos hablar sin gritarnos y como nunca conversamos en el almuerzo...como raro y loco todo...pero estamos un poco mejor...antes de todo el show...me siento más tranquilo...ahora confío más en mis papás, pero más en mi mamá, ella siempre ha estado cerca ayudándome...es pesadita y media metida...pero no es mala persona mi vieja”.

Las citas seleccionadas, manifiestan conductas de distanciamiento y retraimiento en los vínculos familiares por parte del consultante. Seguidamente concerniente a la búsqueda

resolución problema de la familia del consultante (denuncia a Carabineros), este hace una valoración negativa, calificando esta como una situación injusta que en nada ayuda a mejorar los problemas que le afectan actualmente. Referente al apoyo percibido por el adolescente, destaca a su hermana menor, como un apoyo contenedor en lo emocional. En función de afectos u emociones vinculadas a los apoyos observados por el consultante, este se sitúa en dos momentos, el primero ligado al inicio de la terapia donde este lo describe como displacentero de rabia y aislamiento familiar y social; en un segundo momento (al tercer mes de terapia) este hace una nueva lectura de su experiencia en terapia, develando un mejor bienestar psíquico, aludido a mayor tranquilidad y confianza en sus padres.

2. Vivencia de la Terapia: Esta categoría se orienta en tres temáticas, como son las expectativas frente a la terapia “construcción del problema psicológico”, acceso a la terapia y la percepción en las transformaciones, Krause (2005).

2.1 Expectativas de la Terapia: Este tópico contemplan las expectativas recogidas en los datos propios de las sesiones; las cuales van en una escala dimensional, partiendo por la búsqueda de bienestar que contempla, ser escuchado-contención-apoyo, seguido por la explicación-sentido del problema, y finalmente, la búsqueda de un cambio conductual en el adolescente aludido al manejo del conflicto.

Búsqueda de bienestar (ser escuchado-contención-apoyo)

Ilustración de narrativas:

“Reconozco que en un comienzo los odiaba a todos y me tenían chato con el tema de la violencia y todo eso...pero al final sabe...esto de la terapia nos sirvió mucho con mi familia...nosotros nunca conversábamos y menos salir en familia y ahora nos ve...venimos hasta junto a la terapia...nunca pensé que esto me serviría...ahora nos cuidamos más entre nosotros...ya no siento esa rabia grande en mi garganta...no me dan ganas de gritar y mandar a todos al... diablo...en realidad me liberé... todos creo...no me da vergüenza como antes...ahora puedo hablar de lo que me pasa”.

La cita escogida, reseña la vivencia del proceso terapéutico en el consultante, donde habla de un antes y un después. En el que inicialmente este patentaba rechazo y no adherencia a la terapia. Luego da cuenta de una mayor apertura del consultante, donde

efectúa apreciaciones positivas reportadas en la terapia, tanto a este como a su círculo familiar más próximo (padres y hermana menor). Dando cuenta de un mayor bienestar psíquico, como en la dinámica familiar a nivel comunicacional y contención emocional.

Explicación-sentido del problema

Ilustración de narrativas:

“Que loco tía que a uno le pasen estas cosas de estar metido en una causa del tribunal y aparezcan personas como ustedes y confíen en nosotros y nos apoyen como familia...si al final igual la estaba jodiendo su resto...me puse jugoso...tuvieron mucha paciencia conmigo...yo en un comienzo fui repesado se acuerda...chh y ahora no falto (se ríe)...antes me iban a buscar a la casa con la otra tía y yo no les habría la puerta, ni me levantaba y ustedes igual siguieron apoyándome...y míreme ahora soy como otro y más relajado y ya no me drogo ni na de esas cosas...lo fome que a uno le pasen estas cosas para buscar ayuda...per bueno...ahora estamos mejor”.

La cita seleccionada, ilustra como el propio consultante logra hacer una interpretación de su experiencia en terapia, narrando lo que le reportó dicha vivencia, logrando dar un sentido positivo y constructivo a la derivación a terapia, que partió en un contexto obligado con resistencias del consultante, que al transcurrir de los meses este logra encontrar sentido a la terapia y por ende respuestas y soluciones a sus problemas, que le brindarían un mayor bienestar, optimizándose el vínculo y dinámica familiar.

Búsqueda de un cambio conductual en el adolescente

Ilustración de narrativas:

“En realidad me han servido las cosas que me han enseñado ustedes en el programa...antes no las entendía mucho...era como hacer tareas en la casa...fome...(ríe)...pero ahora no me enojo por todo y no reacciono al toque de una como antes que explotaba de una...ahora pongo más de mi parte y trato de escuchar más a mis viejos...ellos igual tienen su edad y se han sacrificado harto por nosotros...no se merecen que los traten mal...cierto?...ahora comparto más con mis padres...hablo más con ellos...igual les hago más caso...si al final cuando se molestan es porque también me he portado mal y los hacía rabiar...mire que ahora ya no llego tarde y sin copete y menos pasado a marihuana...cuando me siento mal ahora hablo más con mi mamá...con ella siento más confianza ahora...hasta deporte hago...yo era reflojo...ahora estoy más

relajado... ya sé cuándo me va a venir la tontera y me voy a mi cuarto mejor...ahora trato de distraerme con algo o salir hasta que se me pase y después converso...pero ahora en buena si...sin droga”.

La cita escogida, reporta una descripción de cambios actitudinales y comportamentales por el consultante; que tienen que ver con el manejo de la ira, el control de impulsos como de emplear respuestas asertivas en momentos de tensión. Logrando manifestar una mayor apertura al diálogo y comprensión a las propias vivencias de sus padres. Haciéndose este cargo de sus acciones, develando una mayor responsabilidad y compromiso.

2.2 Percepción de Cambio: Este tópico hace referencia a la percepción de las transformaciones que distingue el consultante tanto en él como en su entorno a partir de la consulta inicial. Percepciones de cambio que pueden ir de una reducción de tensiones y regulación de afectos, como de transformaciones en relación a sí mismo cambios en relación a su entorno familiar.

Reducción de tensión y mediación de emociones

Ilustración de narrativas:

“Tía ahora estamos mejor con mis padres...esta bacán el ambiente en la casa... ahora dan ganas de estar ahí...antes quería puro virarme...puro drama y peleas todos los días...ahora mi mamá ya no me está revisando mis cosas para encontrarme papelillos y esas cosas...ahora confía más en mí...respeta mi espacio y toca la puerta...antes llegaba y entraba...fome así no...me gusta ahora tía...ya no me enojo como antes...me siento más tranquilo ahora...menos perseguido”.

La cita precedente, da cuenta de la percepción de cambio desde el consultante. Donde este narra transformaciones, que han generado una disminución en la tensión del clima conflictivo familiar que los había llevado a terapia. Logra el consultante de esta manera canalizar de forma más constructiva lo que a este le pueda generar tensión y/o molestia.

Modificación en relación a sí mismo

Ilustración de narrativas consultante:

“En realidad me siento diferente...fue heavy todo lo que nos pasó con mi familia...veo para atrás y me da vergüenza...las cosas que hice y la rabia que hice pasar a mis viejos...y la paciencia de ustedes que creyeron en mi...es bacán sentirse así...no perdí mi tiempo...fue bueno venir acá al final...ustedes nos ayudaron...como recuperar a mi familia como cuando éramos más chicos”.

“Ahora que está terminado mi periodo de tiempo en el programa, estoy contento y más tranquilo...me ayudaron a buscar otras formas de decir las cosas y mis problemas...ya no tengo que enojarme...confío más en la gente...y tengo hasta más amigos ahora que hago deporte y eso...fue bueno venir con mi familia al programa...lata de hablar los problemas de uno a desconocidos, pero fueron buenas personas con nosotros...como ustedes decían... siempre se puede si uno quiere de corazón las cosas”.

“Después de algunos años que terminó mi terapia...creo que una de las cosas que marcó mi vida...pero para bien...fue estar en el programa de salidas alternativas...me dieron la oportunidad de cambiar y no sabía cómo y ustedes me enseñaron cosas nuevas, que uso en mi vida ahora y me han ayudado... resolver los problemas de forma tranquila y no violenta...me enseñaron a confiar en mí ...y que no era una mala persona...solo estaba equivocado y con mucha rabia, ya que no entendía que estaba pasando en mi familia...he aprendido a conocerme mejor y nos ayudaron a ser una familia más unida, a comprendernos y apoyarnos...ser más tolerantes...lo malo que mi papito ahora no está, ya que falleció Ud. sabe...pero logramos unirnos y recuperarnos como familia...ahora busco alternativas sanas y positivas para mí ... incluso ayudo a mi familia con mi trabajo de emprendimiento y he vuelto a estudiar en la Universidad...me siento feliz”.

Ilustración de narrativas madre de consultante:

“Tía mi hijo ahora es otro...dejó de ser agresivo con nosotros y comparte más...ya no está fumando marihuana y se transformó en un joven más responsable y sociable...mire que ahora trabaja y estudia...él solito se paga la carrera y ayuda en la casa...ahora podemos conversar y si no estamos de acuerdo nos escuchamos y buscamos un acuerdo...yo ahora respeto su espacio...a mí también me sirvió mucho...mis hijos son un gran apoyo para mí”.

Las citas anteriores, ilustran las narrativas del consultante y su madre sobre los cambios y modificaciones, tanto en la conducta del consultante, como en la dinámica familiar entre los subsistemas parental, filial y fraterno; la cual es más armónica, donde los

canales de comunicación se reportan más fluidos; sin disfunción familiar en la actualidad; revelando solución de problemas y/o conflictos de forma no violenta.

Modificación en el relacionamiento con los otros

Ilustración de narrativas:

“La terapia me ayudo a llevarme mejor con mis padres y poder conversar sin agredirnos ni gritarnos cosas feas como antes”

“Tengo más amigos ahora, y ya no me da vergüenza hablar...ahora participo en más actividades y quiero seguir estudiando...no sé dónde por las lucas...pero por ultimo trabajaré igual”.

“Antes no aceptaba consejos de nadie y menos de mis padres...aprendí a escucharlos y me han ayudado mucho...miro hacia atrás y me siento otra persona...me siento más motivado”.

Las citas previas, muestran los cambios visualizados por parte del consultante, principalmente en relación a su entorno familiar más inmediato, donde existía una coalición entre el subsistema parental y fraterno (padres e hijo). Dando cuenta actualmente de una estructura familiar más permeable y menos rígida a los cambios, existiendo una mayor alianza entre sus integrantes, detectándose más unión y el apoyo mutuo. Reportando a su vez, una apertura de parte del consultante a su entorno social inmediato, manifestándose más receptivo a consejos u orientación (Minuchin, 1974).

9. ANÁLISIS

Se desprende del análisis exploratorio, categorías que abordan la co-construcción del problema y vivencia de la terapia de un adolescente que es derivado en un contexto obligado desde el sistema judicial penal, bajo la ley de responsabilidad penal adolescente. Lo anterior por haber ejercido violencia hacia sus padres, donde se desprenden tópicos que permiten contar con una aproximación al proceso de intervención y de cambio generado en terapia desde el modelo de Milán.

Las narraciones del consultante y su grupo familiar permitieron conocer el contexto del problema que los deriva a terapia, que se enfocan a una disfunción familiar por VIF. Encontrándose la familia consultante al inicio de la terapia en etapas del ciclo vital con una alta carga de estrés y conflictos en la dinámica familiar, como es el caso de la jubilación del padre, separación conyugal, crisis de mediana edad de los padres y crianza de hijos adolescentes. Problemáticas que al no ser superadas entre estos, sumado a soluciones intentadas infructuosas que incrementaban el nivel de violencia entre los integrantes del sistema familiar, optan finalmente los padres por denunciar al sistema de justicia penal las conductas violentas de su hijo, el cual es posteriormente derivado a atención psicológica a un programa colaborador dependiente del SENAME de Suspensión Condicional del Procedimiento.

Referente a la categoría de vivencia de terapia, se desprende el tópico de expectativas de la intervención, donde se logra tener un acercamiento hacia la construcción del problema psicológico del consultante, como del acceso a terapia y la percepción de cambio reportada por el adolescente y su grupo familiar. Referido a lo anteriormente mencionado se pudo pesquisar en etapas iniciales de la terapia, renuencias del consultante para ser intervenido, no adhiriendo a dicho proceso, cumpliendo si bien en asistencia al programa no así al proceso de intervención. Dicha resistencia a ser intervenido, respondían según lo reportado por el consultante, por sentirse bajo un sistema acusatorio, como es el sistema judicial penal, que expuso problemáticas familiares sesgadas desde el punto de vista de este, al ser audiencias públicas, donde concurren no solo intervinientes de la causa, sino público en general; generando en este rechazo a ser intervenido, como de tener bajas expectativas de la utilidad en la terapia para sí mismo y su grupo familiar. Lográndose en sesiones posteriores una mayor colaboración en el proceso de intervención, particularmente en sesiones individuales, donde paulatinamente el consultante logró ir expresando lo que le estaba afectando. Dando paso a una mayor integración y colaboración al trabajo de terapia en familia, llegando a efectuar una valoración positiva de la experiencia de la terapia, calificando

esta como un espacio donde se le brindó la oportunidad de expresar lo que sentía sin presiones ni acusaciones; haciéndose más partícipe de dicho proceso, reportando una mejora en su bienestar psíquico y comunicación a nivel familiar. De lo mencionado precedentemente, es posible extraer que al flexibilizar la forma de intervenir buscando brindar espacios más contenedores mediante la escucha activa, ayudó a generar una mayor apertura y adherencia a la terapia por parte del consultante.

Con respecto a la explicación del sentido del problema que lleva a terapia al consultante, es preciso indicar que esta se fue co-construyendo en el proceso mismo de la terapia; por cuanto el consultante en las primeras sesiones reportaba no encontrar sentido ni utilidad del proceso terapéutico, manifestándose reticente, particularmente por ser un contexto obligado. Explicación que fue variando paulatinamente con el transcurso de la terapia, donde el consultante al término del proceso visualiza cambios en la dinámica de su red de apoyo familiar como a nivel actitudinal en el manejo de la ira y el control de impulsos, donde pasa de una comunicación violenta a una interacción cordial y respetuosa, optimizándose el vínculo y dinámica familiar; la cual se logra mantener en el tiempo, sumado a que no se registran nuevos episodios y/o denuncias por VIF, cumpliendo con el objetivo de derivación y el propio de la terapia.

En resumen, los resultados nos permiten extraer la relevancia de incorporar modelos más permeables como son las terapias sistémicas en casos de derivación a terapia coactiva en contexto obligado por el sistema de justicia, ya que logra facilitar la alianza terapéutica y por ende, generar cambios más estables en el tiempo y no de forma instrumental o por temor a ser sancionado o condenado por un nuevo delito.

10. CONCLUSIONES

Las principales pesquisas de esta investigación, se dirigen a describir un proceso de intervención terapéutico exitoso desde el Modelo Sistémico de Milán, en un caso clínico único de un adolescente de 17 años de edad, atendido en un programa dependiente del SENAME por un periodo de un año derivado por el Juzgado de Garantía de Antofagasta por una causa de Violencia Intrafamiliar.

La intervención terapéutica desde el Modelo de Milán, se orientó a conocer los sistemas de creencias del consultante y su familia, como asimismo el conjunto de interacciones y coaliciones que gatillaban el problema que deriva al consultante a un programa de terapia desde un contexto obligado del sistema de justicia penal (Selvini Palazzoli, 1990-1991).

En la intervención se logró producir algunos cambios conductuales, cognitivos y afectivos, no solo en el consultante, sino en la forma que tiene la familia para manejar el síntoma y en el síntoma mismo; que se enfoca a la resolución de problemas de forma no violenta, generando amplitud y flexibilidad a los canales de comunicación, haciendo estos más permeables entre sus integrantes. Empleándose para ello recursos técnicos para facilitar el cambio como son las connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas y paradójicas, rituales y metáforas. Asimismo se destaca que durante el año que el consultante estuvo sujeto al programa, no manifestó nuevos episodios de violencia y tampoco presentó nuevas causas penales con posterioridad, quedando la causa sobreseída. De igual manera el consultante no siguió presentando problemas de consumo de drogas, orientándose a actividades más deportivas y pro sociales, con compañeros de liceo y luego en la Universidad.

En la primera etapa de la terapia, se trabajó con las resistencias del consultante, por cuanto la atención terapéutica no se generó por demanda espontánea, sino en contexto obligado, donde el consultante evitaba ser intervenido. Precizando que la obligatoriedad de someterse a terapia desde un sistema de justicia se transforma en un mecanismo más bien represivo. Facilitando el Modelo de Milán herramientas terapéuticas que permitieron poder trabajar con las resistencias del consultante ya que no se interviene meramente desde lo que se plasma en un acta de un tribunal sino que se orientó a la co-construcción del problema que los derivaba en este momento a terapia. Negociando de forma flexible las definiciones y atribuciones del problema que los trajo al tratamiento obligado; lográndose con ello una mayor adherencia y confianza en el proceso terapéutico.

Lo anterior permitió adentrarse y conocer el juego familiar que los derivó a terapia, emergiendo el problema que devenía desde un contexto sistémico familiar, entre el consultante y sus padres. Conflicto atribuido a la separación del subsistema conyugal, sumado a la jubilación del padre, que generaba un estrés y tensión en la dinámica familiar, siendo el consultante quien se había sentido más afectado por dicha situación; resolviendo la estructura familiar los problemas de forma agresiva y evitativa, con canales de comunicación poco permeables y rígidos, incrementado aún más el estrés y tensión en sus integrantes. Donde los padres también, lograron resolver sus problemáticas y diferencias como subsistema conyugal, logrando un diálogo más consensuado y colaborativo, lo cual llevó a que estos finalmente no se separasen.

Conocer el tipo de comunicación entre el subsistema conyugal y filial, resultó ser un pilar importante en la dinámica familiar del consultante; ya que esta facilita la conformación de una estructura familiar funcional o disfuncional. Observándose en este caso que los padres no presentaban la habilidad para adentrarse en el mundo interior de sus hijos presentando canales de comunicación cerrados que no les permitía ponerse de acuerdo en el control y cumplimiento de reglas hacia los hijos, no siendo capaces de llegar a acuerdos, terminado en discusiones y agresiones verbales e inclusive físicas en algunos casos. En la familia de estudio la detección del desequilibrio terapéutico de los subsistemas (conyugal y filial) fue un facilitador para el establecimiento metas consensuadas, para la generación de una nueva dinámica familiar más funcional.

De esta forma, al conocer profundamente el sistema familiar por medio de sus integrantes se hizo posible vislumbrar el problema de fondo que los mantenía atrapados, como es el caso de eventos críticos, significados y las acciones. Contenidos que contribuyen ya sea a la evolución o al mantenimiento del problema (Anderson, 1986). Este trabajo de exploración permitió llegar, junto con el consultante y su familia, a una definición co-construida y/o compartida de los objetivos a trabajar de forma flexible en la terapia, generándose una adecuada alianza terapéutica (Anderson, 1986).

Alcanzándose los objetivos primordiales de la entrevista del Modelo de Milán, ya que se logró obtener información relevante sobre el problema que los lleva a terapia, consiguiéndose en una etapa final de la terapia, un cambio tanto en el síntoma del consultante identificado como en la dinámica familiar, referido a aspectos del funcionamiento de esta, que mantenían la conducta sintomática como es de relacionarse desde un estilo de comunicación violento e interacción rígida (Eguiluz, 2007).

Un elemento relevante de la investigación orientado al proceso y resultado terapéutico, fue el logro de una alianza terapéutica entre consultante, red familiar y terapeuta. Alianza que favoreció el proceso terapéutico y de cambio en el consultante (Krause, 2006b). Donde se obtuvo una alianza entre terapeuta y el consultante, llegando a acuerdos consensuados, respecto a las metas y las tareas terapéuticas. Entre los resultados en el consultante se puede mencionar aspectos introspectivos, como el entendimiento de sí mismo o “insight”, tanto a nivel cognitivo como conductual aludido a sus acciones, lo cual tuvo impacto sobre la resolución de problemas no violentos, y apertura comunicacional. Otro de los resultados, experimentado fue el dejarse orientar o ser guiado, generando en el consultante más el autorreflexión de sus acciones. Entre los cambios a factores emocionales y de relación fue el logro de una expresión emocional y de dejarse apoyar emocionalmente. Además, se suma la sensación de bienestar y alivio, acompañado de una sensación de ser comprendido y escuchado (Krause, 2006b).

Los resultados sobre el contenido del cambio terapéutico revelan que esta transformación se enfoca a la perspectiva subjetiva del consultante respecto de sí mismos, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de este con el contexto en que ocurren el problema como es su familia. Los resultados sobre la evolución del cambio muestran que éste es un proceso con etapas sucesivas, que comienza en la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra y extra-terapéuticos (Boscolo, 1996).

En definitiva, el Modelo Terapéutico Sistémico de Milán, se muestra como una intervención que facilitaría la apertura y alianza terapéutica, particularmente en contextos obligados de terapia coactiva, al ser un modelo flexible que busca co-construir el problema que los trae a terapia, como de las metas y tareas a ejecutar. De esta manera al trabajar sobre la construcción de la vivencia del problema que trae el consultante y su familia a la consulta, permitiría identificar los factores subyacentes o no narrados del problema que los aqueja, siendo relevante la narrativa de la propia vivencia de estos, sobre lo que les acontece, cómo lo conciben y las ideas que tienen para manejar lo que les sucede. Facilitando la identificación de factores de riesgo y protectores que aporten a la evaluación e intervención clínica. Suministrando el Modelo de Milán el poder situar a los consultantes como sujetos que pueden expresar lo que les sucede y cómo piensa que pueden solucionarlo, generando un proceso de intervención empático, de apertura y de co-construcción del problema, que favorece la alianza terapéutica, brindándole sentido a los consultantes.

11. BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C. M. (1986). The all-too-short trip from positive to negative connotation, *Journal of Marital and Family Therapy*. 12,351-354.

Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona, Paidós.

Baxter, P. & Jack, S. (2008). Metodología Cualitativa estudio de caso: Diseño del estudio y la aplicación de los investigadores noveles. *En el Tomo II del Informe Cualitativo*. Volumen 13, Nº 4, pp. 544-559.

Bateson, G. et. al. (1956). [1971]. Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Sluzki, C. (Comp.). *Interacción familiar: Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Buenos Aires, Argentina. Tiempo contemporáneo.

Bateson, G. (1972). [1986]. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina. Carlos Lohlé.

Bateson, G., Jackson, D. D., Jay Haley & Weakland, J., (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, vol. 1, pp. 251–264.

Bertalanffy, L. (1968). [1988]. *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York, NY, EE.UU. George Braziller. Versión castellana: *Teoría General de los Sistemas*. México DF, México. Fondo de Cultura Económica.

Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004): *Historia de la terapia familiar. Los personas y las ideas*. Barcelona: Paidos.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Boscolo, L., Cecchin, G. (1983). *Entrevista de demostración realizada en Centro de Terapia de familia en Calgary*. University de Calgary. Canada.

Boscolo, L. y Bertrando P. (1996). *Los Tiempos del Tiempo, una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona, España: Ed. Paidós Terapia Familiar

Boscolo, L. y Bertrando P. (2008) *Terapia Sistémica Individual*. España: Amorrortu Editores.

Castañeiras C. et al. (2009). Procesos de cambio en el Trastorno Obsesivo Compulsivo: análisis cualitativo de los resultados de un tratamiento cognitivo desde la experiencia

subjetiva de los pacientes. *Revista brasileira de terapias cognitivas*. V.5, N.1, Rio de Janeiro. Brasil.

Ceberio Rodríguez, M. & Watzlawick, P. (1997). *La construcción del Universo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Herder.

Echeverría, G. (2005). Apuntes Docentes de Metodología de Investigación: *Análisis Cualitativo por Categorías*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Psicología.

Eguiluz, L. (2007). *Terapia Familiar: La escuela de Milan, orígenes y desarrollo del Modelo*. Terapia Familiar Su Uso Hoy en Día Editorial Pax México.

Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

Fish, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona, España. Herder.

Fishman, Ch. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós, Barcelona.

Foerster, V. H. (1973). Cybernetic of Cybernetics. Physiology of Revolution. *The Cybernetician*, 3, pp. 30-32.

Gergen, K. y McNamee S. (1996) *La terapia como Construcción Social*. Buenos Aires. Paidós.

Goncalves, O. (2002). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España, Editorial Paidós.

Haley, J. (1963). [1966]. *Estrategias de Psicoterapia*. Barcelona. España. Toray.

Haley, J. (1973). [1980]. *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*. New York, NY, EE.UU. Norton. Versión castellana: 26.

Haley, J.; (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Hirsh, H.; Cazabat, Eduardo & Urretavizcaya, Analía (1988). *La Reformulación Panorámica*. Publicación del Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México DF. México. Fondo de Cultura Económica.

- Johansen Bertoglio O. (1997). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. México DF, México. Limusa Noriega Editores.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona, España. Paidós.
- Keeney, B. & Ross J. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, M., Avendaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psykhe*, 3(2), 211-222.
- Krause, M., (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la Subjetividad*, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. y Dagnino, P. (2006a). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. Chile. *Gaceta Universitaria*, vol.2, n.3, 287-298.
- Krause, M., et al, (2006b). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol.38, n.2, 299-325.
- Kriz, Jürgen (1990) (2a ed 2012). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. ISBN 978-950-518-242-8.
- Madanes, C. (1981). [1989]. *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa. *Revista IIPSI*, Facultad de Psicología UNMSM, Volumen 9, N°1, Caracas, Venezuela.
- Maturana; H. (1997). *La objetividad. Chile*. Ed. Dolmen.
- Maturana, H. & Varela, F. (1998). *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa, Buenos Aires. Barcelona 1993.
- Minuchin, S. (1974). [1982]. *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Muñiz, M. (2010). *Estudios de caso en la investigación cualitativa*. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós, Barcelona. España.
- Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. España, Ed. Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder, Barcelona. España.
- Payne, M. (2002) *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Buenos Aires. Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1975). [1988]. *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and Even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, julio, 3-9.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hipotetización, circularidad y neutralidad. Tres guías para el conductor de la sesión. En: *Revisa Family Proces*, 19, pp. 3 – 12.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1981), *Paradox and contrapadox*, Jason Aronson, Nueva York.
- Selvini Palazzoli y Prata, G. (1984). *A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families*, manuscrito de una conferencia presentada en Toronto.
- Selvini Palazzoli, M. (1986). Towards a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12 (4), 339-349.
- Selvini Palazzoli y colaboradores (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós, Barcelona.
- Selvini Palazzoli (1990). *Crónica de una investigación*. Paidós, Barcelona.
- Selvini Palazzoli, P., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja* (2a ed.). Barcelona: Ed. Paidós.
- Suares, M. (1996). *Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Escuela circular narrativa. Paidós. Buenos Aires. Argentina.

- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan Systemic Approach. Part I: Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 113-126.
- Tomm, K. (1985). *Circular interviewing: A multifaceted clinical tool*, en D. Campbell y R. Draper (dirs.), *Applications Of systemic Therapy: The Milan Approach*. Gruñe y Stratton, Londres.
- Von Foerster, H. Editado por Sluzki, C. & Pakman, M. (1991) *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1967). [1997]. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). [1990]. *Cambio*. Barcelona, España.
- Watzlawick, P. (1988). *La coleta del barón de Munchhausen. Psicoterapia y realidad*. Buenos Aires: Herder.
- Watzlawick, J., Beavin, B. & Jackson, D. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Ed. Herder.
- Weakland, J. et. al (1974). Terapia Breve Focalizada en la Resolución de un Problema. *Family Process*, año 13, N°, 1974: 141-168.
- White, M. & Epston, David (1993) *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires. Paidós.
- White, M. (2000). *Reflexiones sobre la práctica narrativa*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications. Adelaida, Australia del Sur: Centro de Publicaciones Dulwich.
- Whitaker, C. (1982). [1991]. *De la psique al sistema*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.